

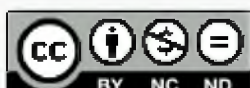
Kremer, Irene

# Nuevos conceptos en la constitución subjetiva temprana: impacto en los diagnósticos Psiquiátricos y Psicoanalíticos

Tesis para la obtención del título de posgrado de  
Doctor en Medicina

Director: Rodolfo, Ricardo

Documento disponible para su consulta y descarga en **Biblioteca Digital - Producción Académica**, repositorio institucional de la **Universidad Católica de Córdoba**, gestionado por el **Sistema de Bibliotecas de la UCC**.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.

Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

### 1. LUCES Y SOMBRAS EN SALUD MENTAL. NUEVAS PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS

#### 1.1. CONSTITUCIÓN SUBJETIVA TEMPRANA

**Teorías adultomórficas y patocéntricas dan paso a supuestos basados en observaciones que parten del bebe y del niño sano.**

En los últimos años se viene produciendo una gran revolución en los paradigmas desde los cuáles se visualiza el desarrollo psico-emocional. La transformación no resulta de la obra de un único autor. Se trata de un cambio de paradigmas que va generando una renovación de la forma de pensar y de procesar la información clínica siendo la teoría del desarrollo uno de los pilares que viene siendo conmovida desde los cimientos mismos. (Dio Bleichmar, 2005; Lebovici, 1983; Rodulfo, 1989, 2004, 2008,2009; Stern, 1985; Winnicott, 1960, 1962, 1971).

El pensamiento previo que ha prevalecido en las teorías sobre Psicoanálisis ha sido guiado por **principios patomórficos**. Las fases de la libido no se refieren sólo a la progresión de la pulsión sino al origen de entidades psicopatológicas definidas *-lo anal y la neurosis obsesiva-* y la progresión en la organización psíquica durante el primer año de vida se concibe desde una óptica psiquiátrica; Klein (1921), sostiene las posiciones esquizo-paranoide y depresiva y Mahler (1972) la autística y simbiótica. Estos psicoanalistas fueron los primeros que se animaron a tratar a niños y lactantes reconociendo la depresión y otros indicadores de sufrimiento mental cuando la psiquiatría desmentía su presencia en la infancia. Acuciados por problemas clínicos urgentes, leían el desarrollo desde la patología y la reconstrucción de relatos de pacientes adultos, es decir, desde una **perspectiva retrospectiva**.

Otras teorías, con perspectivas conductistas y cognitivas, se dirigieron a recoger datos que permitieran comprender cuándo y cómo el lactante y el niño iban adquiriendo destrezas, habilidades y conocimientos pero sus observaciones dejaban fuera el intento de acceder a la cualidad de la *vivencia subjetiva que el bebé y el niño pequeño experimentaban* a medida que iban desarrollando dichas capacidades.

Sin embargo, la orientación actual en estudios del desarrollo humano se dirige cada vez más a ampliar e integrar las bases de información tomando en cuenta los hallazgos experimentales y de observación de bebes y niños y tratando de inferir sus probables experiencias subjetivas. **Se privilegia el estudio desde una perspectiva saludable y a través de observaciones del bebé.** Desde los primeros contactos se puede afirmar que él pequeño no tiene una disposición pasiva ni de aislamiento (autismo) con su entorno. Muy por el contrario,

se destaca la prevalencia de los periodos de calma con una disposición activa al descubrimiento del mundo humano y al mundo en general, y en donde **la alegría, y no la angustia**, es el afecto que más a menudo acompaña a dichos descubrimientos. Rodolfo (2008)

La constitución subjetiva saludable **ya no** se entiende como una **reacción a la falta o a la intrusión de otro**, con él que se establecía una relación “pasivo- activo”. La proyección actual se dirige al estudio de la relación sujeto- sujeto sin por ello negar las indiscutibles y abrumadoras asimetrías que existen entre un bebé o un niño y el mundo de los grandes.

Stern (1985) y Lebovici (1983) entre otros, demostraron que junto a la innegable indefensión del recién nacido, la cría humana trae consigo **aptitudes pre-constituidas para relacionarse con el medio**, aptitudes que son propias de la especie pero que además, hacen a la **singularidad** de cada sujeto ya **observables desde el nacimiento**.

Winnicott (1960) afirmó que dichas aptitudes y tendencias necesitan de un medio **“lo suficientemente bueno”** para poder desarrollarse saludablemente, implicando con ello que **no se trataría solo de reaccionar sino y fundamentalmente, de ser**.

Donald Winnicott fue un pediatra y psicoanalista que se ocupó de transmitir el interés y la **importancia clínica de una Semiología de la Salud**, a la que **diferenció de la Normalidad y de la Patología**. Formuló una teoría del desarrollo emocional en la que incluyó los aspectos propios de la criatura y del entorno que promueven u obstaculizan la tendencia al crecimiento somato-psíquico que el bebé ha heredado. Sus aportes son considerados muy pertinentes a los temas aquí tratados y serán desarrollados en diferentes oportunidades.

### **Importancia Clínica de una Semiología de la Salud**

La importancia de esta manera de pensar el desarrollo humano radica en que se ocupa en primer lugar de los aspectos saludables y a partir de ello de sus posibles perturbaciones y no a la inversa, como era el manejo predominante anterior. Con ello **se trata de evitar ciertas deformaciones** a las que estaría expuesto un pensamiento basado en premisas distorsionantes por una supuesta **comprensión del niño inferidas en vivencias del adulto que luego son referidas a la infancia (visión adultocéntrica)** y más aún, cuando dichas vivencias adultas se derivan de sujetos con perturbaciones, en general, muy severas (**visión patomórfica**). En este sentido Daniel Stern, un referente de la revisión teórica tradicional del desarrollo, advierte que el “material” que se selecciona para observación y análisis está condicionado por los preconceitos y las teorías que subyacen a los investigadores y por lo tanto, es conveniente estar alerta a las limitaciones que se derivan de ello. Stern (1985, p. 22) lo expresa como sigue: **“Los peligros potenciales de la adultomorfización existen. Por lo tanto, es importante**

*que las experiencias subjetivas elegidas no sean las percibidas exclusiva o particularmente en los estados psicopatológicos del adulto, ni las que llegan a ser aceptables y razonables sólo después de mucha autoexploración psicodinámica. Tienen que ser aparentes para todos y una parte normal de la experiencia común”.*

### **Valor Fundante de la Intersubjetividad**

De los desarrollos precedentes se desprende que el psiquismo humano se funda en relaciones intersubjetivas que se van gestando desde el nacimiento.

Ello implica un **cambio** en algunas concepciones psicoanalíticas, entre ellas la de **“barrera contra estímulos”**; término utilizado por Freud (1920), en su artículo *Mas allá del principio del placer* para designar la función de proteger al organismo contra las excitaciones provenientes del mundo exterior que por su intensidad, podrían destruirlo. Dichos conceptos fueron refutados por evidencias irrevocables aportadas por Wolff (1959) quien describió los estados recurrentes de conciencia que los lactantes atraviesan desde la etapa de neonatos: El estado más importante de este aspecto es la **inactividad alerta, la “ventana”**, estado en el que el bebe está quieto, pero no pasivamente receptivo, por el contrario entrena sus ojos, sus oídos, su olfato con el mundo externo y lo hace activa, ávidamente. Sin embargo, el lactante **sólo puede** tratar con la estimulación de mundo externo si cuenta con alguna **ayuda de la madre**.

De modo que tampoco puede concebirse una fase de **“autismo normal”** tal como lo proponía Mahler (1968) para describir las interacciones sociales del bebé desde el nacimiento hasta fines del 2º mes de vida, menos aún desde que dicha fase ha sido concebida como un punto del desarrollo en el que puede producirse una fijación y al que la regresión puede llevar de nuevo. En el autismo hay una falta de interés selectiva por, o bien una evitación de los estímulos humanos, lo cual no es nunca el caso de los infantes normales. En cierto modo **el lactante se vuelve más social, pero no es lo mismo que volverse menos autista**. Según expresa Stern (1985, p. 34) **“El proceso consiste más bien en el despliegue continuo de una naturaleza social intrínsecamente determinada”**.

Los conceptos anteriores impulsan a revisar la metáfora que Freud (1914, p.71) realizara en el Capítulo I de su Introducción al Narcisismo sobre un periodo inicial de narcisismo primario. Allí expresaba lo siguiente: *“En el niño de nuestros días,... nos formamos así la idea de una carga libidinosa primitiva del yo, de la cual parte de ella se destina a cargar los objetos; pero que en el fondo continúa subsistente como tal viniendo a ser con respecto a las cargas de los objetos lo que el cuerpo de un protozoo con relación a los pseudópodos de él destacados.”*

Resulta en cierto modo, más afín a las nuevas propuestas, lo que Freud propone en el Capítulo II de *Introducción al Narcisismo* al considerar que en la actitud de los padres cariñosos con respecto a sus hijos, se puede ver una reviviscencia y una reproducción del propio narcisismo. Lo expresa como sigue: *“El narcisismo primario del niño por nosotros supuesto, que contiene una de las premisas de nuestras teorías de la libido, es más difícil de aprehender por medio de la observación directa que de comprobar por deducción desde otros puntos. La hiperestimación, que ya hemos estudiado como estigma narcisista en la elección de objeto, domina como es sabido, esta relación afectiva. Se atribuyen al niño todas las perfecciones, cosa para la cual no hallaría quizá motivo alguno una observación más serena, y se niegan o se olvidan todos sus defectos. ... Pero existe también la tendencia a... renovar para él privilegios renunciados hace mucho tiempo. La vida ha de ser más fácil para el niño que para sus padres... La enfermedad, la muerte, la renuncia al placer y la limitación de la propia voluntad han de desaparecer para él, y las leyes de la naturaleza, así como las de la sociedad, deberán detenerse ante su persona. Habrá de ser de nuevo el centro y el nódulo de la creación: “His Majesty the Baby”, como un día lo estimamos ser nosotros. .... El amor parental, tan conmovedor y tan infantil en el fondo, no es más que una resurrección del narcisismo de los padres, que revela evidentemente su antigua naturaleza en esta su transformación en amor objetal.”* (Freud 1914, p.71)

Con estas últimas observaciones Freud, a mi criterio y aún sin decirlo explícitamente, da cuenta que la vesícula que emitía pseudópodos, en realidad se conforma por aquello que los padres delegan o depositan en sus hijos. Por otra parte si bien introduce el concepto de **relación afectiva**, no lo desarrolla, y menos aún el de **interacción**, esencial en las nuevas concepciones. Una cierta falta de claridad se evidencia en especial cuando describe **un estilo** de relación en el que **predomina** la **híper estimación** y parece referirse a que dicho afecto se dirige desde los padres hacia los hijos, aunque había comenzado a hablar del *“narcisismo primario del niño”*. Estas consideraciones están basadas en **observaciones** de lo que pueden catalogarse – a priori- **relaciones armoniosas** en la crianza. Padres que nutren a sus hijos de afectos positivos, afectos que ellos mismos han experimentado en otro momento. De ello se deriva otro aspecto de importancia, ya que Freud describe allí sólo **un tipo de relación**; sin embargo queda a la vista que no se debe universalizar esa o cualquier otra modalidad relacional, sino más bien **investigar las múltiples variantes observadas en la clínica**.

En este sentido *“La teoría del desarrollo paterno filial”* elaborada por Winnicott (1960, p. 41-64), aporta conceptos de interés. Allí se plantea lo siguiente: *“Las criaturas humanas no pueden empezar a ser salvo ciertas condiciones... Al mismo tiempo las condiciones no determinan el potencial de la criatura, sino que esta lo hereda. Este*

*potencial heredado por el individuo puede estudiarse como tema aparte a condición de que en todo momento se acepte que el potencial heredado por la criatura no puede llegar a ser una criatura a menos que vaya ligado al cuidado materno". "El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y al desarrollo...."* (En el concepto de cuidado materno Winnicott incluye tanto el recibido por el padre como por la madre.)

De modo que las **concepciones actuales** privilegian el valor fundante de la intersubjetividad en el desarrollo de la mente, o más bien, en el psique –soma del ser humano y **la unidad de estudio dejó de ser el niño aislado, para convertirse en la relación.**

### **Lo Simple y lo Complejo. Una Teoría que Permita Pensar el Azar y el Acontecimiento**

Las observaciones previas destacan la necesidad de tener en cuenta la capacidad de los padres para sostener al niño como sujeto, de imaginarlo y de ayudarlo a descubrirse como tal desde su nacimiento. Pero ello implica contar no sólo con padres o con cuidadores primarios que acepten lo nuevo, sino también con una teoría que considere la posibilidad de incorporar lo desconocido, lo inédito, lo especial que pueda haber en ese bebé y en esa persona, sin por esto negar lo que también traerá como re- escritura de lo vivido, de lo anterior, de la historia. Rodulfo (2008) destaca el *valor de una re- escritura, no copia, no fotocopia*. Reescritura de los mitos familiares, de la disponibilidad o carga genética, de las capacidades innatas.

Numerosos estudios sobre el psiquismo precoz ponen de manifiesto que la relación del recién nacido con el entorno es tan compleja y tan simple a la vez, como lo es la respiración. Si todo va bien, no hay por qué reparar en ella, pero si surgen dificultades, estas pueden ser de muy diversa naturaleza y alcance y nos mueve a que pongamos atención en ello.

Cada vez prevalece más la tendencia a pensar que “*el self*”, la personalidad, el carácter, los modos de interesarse, de proponer, de resolver, etc., están íntimamente contruidos, ligados y tejidos en interacciones complejas con el entorno, *interacciones que son complejas desde su inicio, y no solo a posteriori*.

La complejidad está comenzando a ser considerada en la Salud Mental en particular y en la naturaleza humana en general. De manera creciente se está dirigiendo la atención hacia una variedad de áreas de las que surgen nuevos temas de experimentación y en donde las implicancias clínicas se están generando lenta e indirectamente dando lugar a descubrimientos que asombran a investigadores de muy diversas fuentes.

Peter Fonagy (2003), en un trabajo titulado “*Genética, Psicopatología Evolutiva y Teoría Psicoanalítica: el argumento para terminar con nuestro (no tan) espléndido aislamiento*” señala que en el *Editorial 2000* del New England Journal of Medicine (publicación médica de mayor factor de impacto mundial), destaca que un estudio sobre los

desarrollos más importantes de la medicina clínica en los últimos mil años, de la anatomía humana a la fármaco- terapia molecular, subrayaba que el progreso hacia el descubrimiento científico tiene lugar invariablemente entre disciplinas ***“Ninguno [de estos descubrimientos] fue un descubrimiento o acontecimiento aislado; cada uno de ellos constituyó una serie de pasos notables... en un largo camino que conducía a un cuerpo crucial de conocimiento en un área concreta”***.

En una dirección congruente con estas concepciones, Emilce Dio Bleichmar (2000), enfatiza que: *“La comprensión de los fenómenos del desarrollo requiere conceptos relacionales o co-activos de la causalidad en oposición a causas únicas que operan en un supuesto aislamiento. El concepto llave es entender que lo que hace que el desarrollo suceda es la relación entre dos componentes, y no la progresión de un componente en sí mismo. Cuando se habla de co-acción como el corazón de la causalidad evolutiva, lo que se quiere enfatizar es que necesitamos especificar alguna relación entre al menos dos componentes del sistema en desarrollo (gen-gen, persona-persona, organismo-organismo, organismo-ambiente, actividad-conducta motora). El concepto usado más frecuentemente para designar la co-acción es el relativo a la experiencia”*.

En una consideración global de lo arriba expresado, aplicables a amplios campos del trabajo médico, **se pasa de una visión reduccionista a otra de carácter integradora**.

### **El Valor de la Experiencia**

Nos interesa especialmente destacar el **concepto de la experiencia como fenómeno propio de la dimensión humana**, destacando la necesidad de integrarlo en la apreciación clínica. En coherencia con las observaciones anteriores, es interesante retomar las reflexiones de Winnicott (1960, p. 64) , en relación a que el cuidado satisfactorio debe incluir una **fase de sostenimiento** y con ello se refiere no sólo al hecho físico de sostener a la criatura, sino que también al conjunto de condiciones ambientales que antecede al concepto de convivencia. Expresa lo siguiente (p. 68) ***“Incluyo el uso de experiencias inherentes a la existencia, tales como la terminación (y por ende la no terminación) de procesos que, vistos desde fuera, acaso parezcan puramente fisiológicos pero que corresponden a la psicología de la criatura y tienen lugar dentro de un complejo campo psicológico y que son determinados por la conciencia y la identificación de la madre”***.

De estas consideraciones se desprenden nociones esenciales para pensar los avatares de Salud – Enfermedad desde los comienzos de la vida. En el texto arriba mencionado Winnicott afirma que en estas primeras fases la relación paterna filial se caracteriza por la existencia esencial de un medio ambiente que sostiene mientras **“el potencial heredado”** da

lugar a una **“continuidad de la existencia”**. Según cita textual (p. 69) *“La alternativa a ser o existir es reaccionar, y el reaccionar interrumpe el ser o existir y, por lo tanto, aniquila. La existencia y el aniquilamiento son las dos alternativas. Así pues, el medio ambiente sostenedor tiene por función principal la reducción al mínimo de los peligros, ante los que la criatura tiene que reaccionar con el consiguiente aniquilamiento de su existencia personal.”*

Asimismo, resaltando el valor de la experiencia resulta de interés comentar una investigación reciente a la que refiere Fonagy (2003), en el artículo antes mencionado. *“Hace más o menos ocho años un grupo de investigadores informaban en Nature Rauscher Shaw y Ky, 1993) que escuchar la sonata de Mozart para dos pianos (K448) durante 10 minutos llevaba a una importante mejora en las puntuaciones IQ (en castellano: coeficiente intelectual) espaciales de 8 o 9 puntos, relativa a condiciones de control que inducían una cantidad similar de relajación. Lógicamente, este hallazgo generó una considerable investigación adicional (ver revisión de Jenkins, 2001). La mayoría de los estudios han confirmado que el efecto Mozart existe..., no puede ser producido por la música minimalista (Rauscher y cols., 1995), estaba asociado con la sincronía mejorada de los patrones de regiones concretas del cerebro (Rideout y Laubach, 1996) y suprimía la actividad cerebral epileptiforme en los pacientes con epilepsia severa (Hughes y cols., 1998; Hughes, Fino y Melón, 1999). Tal vez lo más interesante son los experimentos en que se demuestra que las exposiciones prolongadas a la música clásica en los niños de 3 a 4 años llevaban a una mejora del 30% en los test de razonamiento espacial y temporal comparados con un grupo que había recibido clases de informática durante seis meses (Rauscher y cols, 1997). Aunque el funcionamiento de la música de Mozart no se entiende mucho, es una clara ilustración de cómo una forma específica concreta de experiencia subjetiva (en este caso la familiaridad con las formas musicales) puede interactuar al nivel de funcionamiento cerebral con una capacidad psicológica importante, aparentemente independiente.”*

## **1.2. DIAGNÓSTICOS PSICOANALÍTICOS**

El Psicoanálisis surgió como teoría y terapia psíquica a fines del siglo XIX y comienzo del XX. Sigmund Freud fue la persona que conceptualizó sus postulados básicos, nutriéndose de paradigmas filosóficos, científicos y culturales de la época. Desde su concepción surgieron diversas variantes teóricas que hace que muchos estudiosos prefieran en la actualidad hablar de **“los”** Psicoanálisis y **no “del”** Psicoanálisis. En este trabajo se definirán muy brevemente los postulados básicos enunciados por Sigmund Freud y luego se hará referencia a distintos autores que se consideran Psicoanalíticos, sin suscripción ni descarte – a priori- de ninguna



línea teórica en sentido amplio, sino haciendo hincapié en los conceptos que se quieran profundizar y discutir.

### **Conceptos del Psicoanálisis Clásicos, innovadores para los siglos XIX y XX**

Ampliación de la noción de lo psíquico - que hasta el momento estaba homologado con lo consciente- a fenómenos mentales de otro orden, denominados inconscientes. A esta organización del psiquismo se la conoce como **1º Tópica**.

Los **fenómenos inconscientes** fueron diferenciados en dos tipos:

- **Descriptivos o Preconscientes**. Representaciones que circunstancialmente no eran conscientes pero que podían serlo si la persona requería de dichos recuerdos. Necesitaban estar ligados a la palabra para poder acceder a la consciencia.
- **Tópicos**. Representaciones que no podían acceder a la consciencia aún si la persona lo intentaba porque se encontraban reprimidos o debido a que dicho fenómeno nunca estuvo unido a las palabras.

Descripción del **funcionamiento mental como primario y secundario** con una modalidad propia correspondiente a los procesos inconscientes y pre- consciente respectivamente.

Inclusión del estudio de **fenómenos normales** como los sueños, lapsus, actos fallidos, fantasía y teorización acerca de su origen y devenir en el psiquismo.

Introducción del concepto de **sexualidad como una motivación básica** en el ser humano – de la cual derivarían todas las demás- presente desde la infancia y expresada de manera polimorfa, excediendo su adjudicación previa sólo a lo atinente a genitalidad y reproducción.

Descripción de otra modalidad de organización psíquica conocida como **Segunda Tópica**, la que diferencia el **Ello** (fuente de las pulsiones, conexión con lo somático), el **Yo** (con dos aspectos principales: uno cumplir las funciones psíquicas tales como representación de tiempo y espacio, principio de contradicción, planificación, síntesis, control y otro a cargo de la auto-observación y regulación de la autoestima) y el **Superyó** (ideales y mandatos heredados de los padres y otros agentes sociales). El Yo sería el encargado de lidiar con las exigencias del Ello y del Superyó, debiendo congeniar con ambos a fin de lograr adecuarse al principio de realidad.

Identificación de **mecanismos de defensa** ante la angustia y el dolor psíquico tales como la represión, negación, renegación y escisión.

**Jerarquización de la represión**, entendiendo que ciertas representaciones encuentran negada su acceso a la consciencia por acción de otras que se encargan de impedirlo. Se

atribuye a la represión una función dentro de la **normalidad**, referida a la expulsión de todos los pensamientos y tendencias vinculados al cumplimiento de deseos incestuosos. Su instauración fue vista como condición de la organización psíquica normal que posibilitaría el acceso del sujeto a la cultura. Ello se denominó “**represión edípica**” y ocurriría alrededor de los cinco años de edad, cuando el niño está inmerso en la conflictiva amorosa con el padre y la madre. A la represión también se le adjudicó una función principal en la generación de **síntomas neuróticos y de inhibiciones**, al intentar impedir que ciertos contenidos incestuosos puedan ser pensados y actuados a posteriori, denominando este proceso **represión secundaria**.

Freud considera al Edipo como el complejo nodular de las neurosis (conjunto de afectos y representaciones, tanto amorosas como hostiles dirigidos hacia el padre y la madre, y/o sus sustitutos).

### **Diagnósticos Psicoanalíticos Clásicos**

Inicialmente el PA estuvo dedicado al estudio y tratamiento de pacientes con “Psico-Neurosis o Neurosis de Transferencia” a las que Freud diferenció de las Neurosis de Angustia, de la Hebefrenia o Demencia Precoz y de las Perversiones. Explícitamente, indicó que el método de tratamiento estaba dirigido al tratamiento de adultos con esta patología, si bien a lo largo de su obra hay referencias a otras entidades tales como psicosis, homosexualidad y algunas observaciones en niños pequeños. Se valió también de reseñas biográficas, literarias y artes plásticas diversas. A esto último lo llamó psicoanálisis aplicado.

La última clasificación que Freud (1923) realizó de las enfermedades mentales es la siguiente:

- ***Psiconeurosis de Transferencia***. Conflicto entre Yo y Ello. Histeria, Fobia y Neurosis Obsesiva
- ***Psiconeurosis Narcisista***. Conflicto entre Yo y Superyó. Melancolía e Hipocondría.
- ***Psicosis***. Conflicto entre Yo y Mundo exterior. Paranoia y Esquizofrenia
- **Neurosis Actuales**. Falta de derivación libido. Neurastenia y Neurosis de Angustia

### **Series Complementarias**

Freud (1917) incluyó la noción de **Series Complementarias** como un modelo integrador para pensar la formación de síntomas psico neuróticos. Propuso como causa multidimensional de las neurosis una ecuación individual sumatoria de **tres aspectos delimitados** con pesos específicos para cada paciente: uno la constitución innata (herencia, genética, biología), segundo las vivencias sexuales infantiles (fijaciones libidinales que

configuran la personalidad) y el tercero los estresores accidentales (hechos actuales desencadenantes). Sin embargo, aunque válido por su intento integrador, pueden observarse ciertas **contradicciones** internas en el planteo de estas Series Complementarias a saber: por una parte se bosquejan tres series independientes e irreducibles la una a la otra que interactúan entre sí, no obstante y a modo de conclusión casi generalizada, se **privilegió** la valoración de vigencia de las fijaciones **sexuales infantiles** en el adulto, medible por la presencia de síntomas neuróticos. La evaluación de los demás aspectos quedaba siempre supeditada a dicha serie.

## **Nuevas Tendencias en Psicoanálisis**

### ***Series Suplementarias***

Ricardo Rodulfo (2004), propuso en un novedoso artículo titulado *Serie y Suplemento* la necesidad de revisar que aspectos de las Series Complementarias siguen siendo útiles para comprender el desarrollo saludable y la patología mental en la actualidad, reformulando, pero sobre todo acotando y contextualizando, los aportes iniciales. Se interesó en pensar cuál sería la aplicación de dichas series si se consideraran los paradigmas de la complejidad, los efectos de la recursividad, la tendencia a la auto-organización y la inclusión del azar y lo imprevisible.

En relación al primer componente de la Serie Complementaria de Freud, **lo constitucional**, Rodulfo destaca el inmenso avance de las neurociencias, que permite empezar a vislumbrar el papel de la herencia y de lo congénito y de otros factores biológicos en las expresiones mentales.

Con respecto al segundo componente de las Series de Freud, las experiencias “**sexuales**” infantiles, Rodulfo desplazó el acento al estudio de la “**experiencia**” o vivencia como aspecto esencial que contextualiza la sexualidad en general y la sexualidad infantil en particular. Examinó, por lo tanto, el concepto psicoanalítico en el cual la sexualidad sería la principal motivación del psiquismo humano, **destacando la presencia de muchas otras motivaciones**, tales como las del apego, la de afirmación, control y regulación emocional, la necesidad de relacionarse con otros y de preservar la individualidad y sobre todo el **deseo de Jugar**.

Es así como este autor incorpora de manera privilegiada la noción de **juego**, como el modo específico con el cual el ser humano en desarrollo logra integrar en un marco de **intimidad**, las distintas tendencias vitales desde el nacimiento hasta la muerte.

En relación al tercer componente de la Series Complementarias, los **factores desencadenantes**, Rodulfo destaca **el valor del acontecimiento y de los factores ligados al**

**azar**, como aspectos que permiten – saludablemente- el surgimiento de **nuevas maneras de experimentar** la realidad y al sí mismo. De este modo resiste el pensamiento que los síntomas *siempre* están *determinados* por las experiencias –sexuales- de los primeros años de vida y que los factores actuales, casuales, azarosos, solo pueden “*desencadenar*” el conflicto o trauma que había sido vivido en la infancia.

Esta revisión de las Series Complementarias de Freud fue denominada por Rodolfo “**Serie Suplementaria**”, destacando así el **valor de suplemento**, aquello que en principio está de más – en especial el juego - como lo que permite la emergencia de lo nuevo, diferente a cualquier situación previa. Diferencia que **no implica indiferencia, ni desconexión de las condiciones originarias**, pero **tampoco subordinación plena** a las mismas.

### **Otra propuesta innovadora: Sistema Modular Transformacional**

El trabajo que Hugo Bleichmar (2001) denominó “*El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes*” reconoce las contradicciones que actualmente atraviesan al Psicoanálisis y le dificultan su crecimiento. Lo expresa en el siguiente párrafo “*El psicoanálisis está en un momento muy especial: crisis, renovación y expansión se entrelazan. Luego de más de un siglo de existencia, sus hipótesis fundamentales sobre la importancia del inconsciente en la determinación de la conducta, durante mucho tiempo cuestionadas, han recibido comprobación empírica desde la neurociencia y la psicología cognitiva (ver la excelente revisión de Westen (1999) y también el trabajo experimental de Shevrin y col. (1996). Se lo combate al mismo tiempo que se incorporan, en otras formas de psicoterapia y en la psicología académica, sus conceptos sobre las motivaciones inconscientes, las defensas, el papel de las relaciones tempranas en la organización del psiquismo, la transferencia, etc. El conductismo radical ha cedido ante la evidencia de los procesos mentales que desdeñaba estudiar... La psicoterapia cognitiva está yendo más allá de los pensamientos automáticos accesibles a la auto-observación e intenta desentrañar las redes asociativas inconscientes de las cuales los pensamientos conscientes son derivados. Pero, a pesar de todo ello, un profundo y legítimo malestar recorre el campo psicoanalítico.*”

### **Dos paradigmas contrapuestos sobre el psiquismo y la psicoterapia**

Para Hugo Bleichmar existen en la actualidad, dos paradigmas desde los que se comprende el funcionamiento del inconsciente y el psiquismo en general. Uno, regido por lo que en epistemología se ha denominado “**principio de homogeneidad**”, en el que se considera que el inconsciente es homogéneo, regulado por un sólo tipo de leyes de

funcionamiento. De esta condición fundante, elegida como determinante y supra-ordinada con respecto a cualquier otra se derivaría **una psicopatología cuyos cuadros clínicos serían también homogéneos** ("el" obsesivo, "la" histeria, "el" depresivo, "la" psicosis", etc.), todos denominados en singular.

Como otro paradigma, Bleichmar alude a su propia propuesta de la "**modularidad**" guiado por la idea de que tanto el inconsciente como la mente están constituidos por la **articulación de módulos** o sistemas que obedecen a **diferentes regulaciones**, módulos que **evolucionan en paralelo asincrónicamente**, que en sus **relaciones complejas imprimen y sufren transformaciones**.

Es así como reconoce un sistema de auto-conservación (cuidado y preservación del propio sujeto), hetero-conservación (cuidado y preservación del otro); un sistema sensual/sexual; un sistema del apego; uno organizado alrededor del narcisismo y otro de la regulación psicobiológica. Esta categorización que no pretende ser exhaustiva, destaca que aunque esos **sistemas tienen origen y evolución propia**, ello **no implica encapsulamiento** (aislamiento) sino que los sistemas **se van organizando en un proceso de modularización de interacciones recíprocas**. Además y **fundamentalmente**, dichos sistemas motivacionales se estructuran en el seno de relaciones interpersonales que los van marcando desde el momento del nacimiento.

En resumen, lo que antecede señala que dado que **la psicopatología es subsidiaria de la conceptualización que se tenga sobre el funcionamiento psíquico**, la aplicación clínica del enfoque modular-transformacional la amplía enormemente, ya que cualquier cuadro admite una pluralidad de condiciones causales y de modalidades de mantenimiento.

El principio de la modularidad **ha dinamitado la idea de la existencia de un centro integrador de la experiencia**. El psiquismo humano depende de varios sistemas que trabajan al unísono a través de muchos niveles de organización y no de un único sistema y a partir de este conocimiento se ha impuesto la **necesidad en el psicoanálisis de concebir sistemas dinámicos complejos, no lineales** sino paralelos en su desarrollo y operatividad.

Lo que antecede marca una **posición teórica** en relación a los **diagnósticos psicoanalíticos**, modificando los paradigmas tradicionales. Hugo Bleichmar (1999) expresa dicha orientación como sigue *“Ante tal cambio de paradigmas... los cuadros psicopatológicos agrupados en base a diagnósticos categoriales pasan a ser deconstruidos para indagar en cada uno de ellos el estado del vínculo de apego, el balance de la representación del sí mismo, los mecanismos de regulación emocional, las formas de placer sensual/sexual, cuáles tienen preeminencia, y porqué, cuales han quedado desactivados. La acción transformadora*

*tiene que incorporar a los adultos, pieza clave en una concepción moderna del desarrollo, en el punto específico de sus capacidades para tal función vital: la parentalización.”*

### ***Psicoanálisis y Expresión Genética***

Fonagy (2003), coincide con los argumentos antes planteados, y expresa que desde diversos sectores de las ciencias surgen argumentos para terminar con el aislamiento empobrecedor de distintas corrientes en Psiquiatría y Psicoanálisis y lo expresa como sigue *“En los 40 y los 50, la neurobiología estaba dominada por la teoría de acción de masas (Lashley, 1929) que sostenía que el cortex era indivisible desde un punto de vista funcional y que la conducta no podía estudiarse de forma útil desde el punto de vista cerebral. Los neurocientíficos no estaban en absoluto preocupados por los problemas de Salud Mental, estaban centrados en déficits del funcionamiento cognitivo básico más que en la regulación afectiva. El psicoanálisis comenzó como una oposición radical a la opinión dominante de que los trastornos mentales representaban una vulnerabilidad constitucional e irreversible del individuo. El progreso más reciente en las demás disciplinas que se ocupan de la mente ha sido muy importante y la exclusión de dicha información es una estrategia de alto riesgo en un momento en que la colaboración interdisciplinaria se percibe como la fuerza impulsora de la adquisición de conocimiento.”*

En otro párrafo refiere opiniones de Kandel (1998) con profundas implicancias para comprender estas nuevas posturas ya que afirma que según vamos conociendo más acerca de cómo funcionan los genes, descubrimos que al menos parte de cada gen es **un mecanismo de control para el proceso de transcripción**, es decir, **determina si un gen se expresará o no** y que las experiencias internas y externas, las hormonas, el estrés, el aprendizaje y la interacción social alteran la unión de los reguladores de transcripción .

Fonagy (2003) destaca el valor de dichos descubrimientos de la siguiente manera *“La genética de la conducta humana estudia en su mayor parte el entorno “equivocado”. El entorno que estimula la expresión de un gen no es objetivo, no es observable. La distinción de Freud entre las dos superficies de la conciencia (una vuelta hacia dentro y otra vuelta hacia fuera) proporciona la pista: es la experiencia del entorno lo que produce interacciones entre la herencia y la circunstancia, no el hecho de esa circunstancia en sí misma. La interacción es entre el gen y el entorno subjetivo. El modo en que se experimenta el entorno actúa como filtro en la expresión del genotipo en el fenotipo, la traducción del potencial genético en personalidad y conducta. Aquí, creo yo, tocamos la importancia del psicoanálisis para la comprensión de las influencias genéticas sobre la mente. Como psicoanalistas, nuestra preocupación principal es la interacción de las múltiples capas de representaciones*

*para generar la experiencia subjetiva en relación con el mundo externo, esto es, la realidad psíquica (Freud 1900, 1913)”....*

De este modo, los procesos representacionales intra-psíquicos no son sólo consecuencia de los efectos ambientales y genéticos, sino que es probable que sean moderadores vitales de estos efectos.

Se puede, como conclusión acordar con el filósofo Bogdan (1997), quien ha definido recientemente la **capacidad para la interpretación** como **organismos que se otorgan sentido entre sí en contextos donde esto tiene importancia biológicamente**, característica de todas las especies complejas que se convierte en **algo únicamente humano** cuando la materia de la interpretación pertenece **al dominio de los estados mentales**. Esta capacidad proporciona el paso final en la transcripción de la influencia genética en un patrón de conducta.

En consecuencia, se destaca **el valor de la experiencia subjetiva y el modo en que el individuo la interprete**, como una de las llaves más valiosas en la modulación y expresión genética. Fonagy (2003) resalta así una cuestión conceptual fundamental *“El mecanismo interpretativo codifica la información genética, en forma de tendencias, pero también **modera la influencia genética modificando la percepción que el niño tiene de su mundo de objetos**. Este mecanismo constituye **el alma del psicoanálisis**, es el proceso que observamos y que solemos observar en todo nuestro trabajo con los pacientes. También sabemos que este moderador entre genotipo y fenotipo es una capacidad que **depende de forma crucial de la respuesta sensible de los cuidadores tempranos a los estados emocionales del bebé**”.*

En síntesis, esta nueva manera de pensar “lo constitucional” es central a la cuestión de cómo deberían interactuar las distintas disciplinas, ya que si **lo constitucional no es más algo estanco, definido y cerrado desde los orígenes**, sino que por el **contrario se va constituyendo en función de las experiencias vividas**; estas últimas cobran un valor destacado a la hora de evaluar la Salud y Enfermedad de una sujeto.

### **1.3. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS**

El texto de reciente aparición llamado *“Psiquiatría, Conceptos”* de Nassir Ghaemi (2008) cumple con el propósito fundamental de explorar las bases conceptuales del entendimiento y el tratamiento de las enfermedades mentales. Intenta descubrir los códigos según los cuales se construyen los conceptos y así descifrar cuán larga es la distancia entre el concepto formado y la realidad. La siguiente sección se basa en el estudio y análisis de este texto y los diversos autores mencionados en el presente apartado remiten a dicha referencia.

Desde una mirada “**pluralista**” hacia el pensamiento y la práctica psiquiátrica, Gahemi define tres temas básicos e interrelacionados:

- *La psiquiatría es la única disciplina médica que atiende aquellos trastornos, susceptibles al diagnóstico, pronóstico y tratamiento que emergen de la conciencia personal – el dominio de la “mente” en vez del dominio del “cuerpo”.*
- *Existen varias clases diferentes de trastornos mentales que demandan métodos distintos para su explicación (de ahí el pluralismo).*
- *Cada trastorno, en cada individuo, interrumpe alguna característica funcional de la vida mental humana y así revela, como un tipo de experimento de la naturaleza, el papel natural de esta característica en Salud.*

## **Sobre la naturaleza de la enfermedad mental**

### ***¿Qué es Enfermedad Mental?***

Se revisaran conceptos para dilucidar si se trata de una entidad como en el modelo médico clásico o por lo contrario si es un mito, como lo señalan las críticas post modernas. O tal vez algo intermedio o diferente.

La amplia definición de la Organización Mundial de la Salud, que se refiere a la Salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*” fue contrastada por Lewis quien expresa lo siguiente (Gahemi, p.161)

*“Una proposición podría difícilmente ser más comprehensiva que ésa, o más sin sentido. Pero condenarla por carecer de sentido es ignorar la historia y la complejidad de la idea que hay detrás... una antigua fórmula de inalcanzable integridad del cuerpo, mente y alma, realzada en la Era de Oro pero forjada mucho antes....”*

La Enfermedad suele definirse como algo distinto a la Salud. Una visión común y quizás la más parsimoniosa en Medicina, sería que la enfermedad es la ausencia de salud. Un problema potencial de esta visión es que **en psiquiatría existen tantas perspectivas diversas sobre la naturaleza de la salud como las hay sobre la naturaleza de la enfermedad**. Esto es diferente al consenso logrado en las enfermedades físicas, las que son definidas contra estándares de funcionamiento normal, que provienen de niveles normales de presión arterial, pulso, agudeza visual y parámetros de laboratorio entre otros.

Havens (1994, citado por Gahemi, 2008) enfatiza que la enfermedad es una entidad circumscripita en Medicina, mientras que es fluida y abrumante en Psiquiatría. Destaca también que cuando un paciente va a un internista o a un neurólogo se identifican las anomalías en el contexto de la normalidad y el paciente y el doctor pueden objetivarlas. La enfermedad se vuelve un “**ello**” y el paciente es visto **padeciéndola**. En el caso de la **Psiquiatría, lo más**



frecuente es que el clínico busque en la mente del paciente evidencias de **Enfermedad, más que buscar evidencias de Salud**. En consecuencia, dado que no se reafirman las áreas que están funcionando bien, la enfermedad parece enorme. En este escenario el paciente es la enfermedad, más que quien la padece, de modo que no es accidental hablar “del esquizofrénico”, “el bipolar”, “el fóbico,” más que hablar sobre alguien que tiene alguna de estas dificultades. Gahemi (p. 168) expresa que *“No es quizás ningún accidente que el diagnóstico y la clasificación en Psiquiatría sea a menudo interpretada como “etiqueteadora” y deshumanizante. Quizás los diagnósticos psiquiátricos van en esta dirección porque el campo de la Psiquiatría no puede reconocer la importancia de definir la enfermedad en términos de salud, como lo sugirió Havens.”*

Es necesario sin embargo, admitir la **necesidad de un componente evaluativo** para los conceptos de Enfermedad Mental. Para los efectos prácticos del médico que trata a un paciente y para los investigadores que definen diagnósticos lo que importa es el acuerdo consensual; si todos los profesionales se **comprometen en juicios evaluativos en el curso de un diagnóstico** o con propósitos de **investigación** y mientras dichos juicios se basen en consideraciones similares, no habrá pérdida de confiabilidad.

En relación a ello es de interés destacar una **diferencia entre Enfermedad y Patología**. Arthur Kleinman (1988, citado por Gahemi, p.201), sugirió lo siguiente: *“La enfermedad se refiere a la percepción del paciente, su experiencia, expresión y patrón de respuesta antes los síntomas, mientras que patología se refiere a la forma en que los médicos remodelan la enfermedad en términos de sus modelos teóricos. De este modo, un diagnóstico psiquiátrico es una **interpretación** de la experiencia de una persona”*. De este modo se enfatiza en las **experiencias más subjetivas** y la palabra padecimiento busca recordar que la enfermedad no es sólo la patología y que la experiencia que tiene el paciente de la enfermedad es un tema importante.

### **“Status Quo” conceptual de la Psiquiatría. Dicotomía entre Enfoques Biológicos y Psicosocial**

Siempre ha existido en Psiquiatría la separación entre una aproximación predominante psicológica y otra predominantemente biológica y la mayoría de los profesionales de la Salud Mental en la práctica terminan haciéndose parte de una u otra aproximación dando por sentado que su enfoque, es el apropiado para sus pacientes.

## ***Dogmatismo o Eclecticismo***

Dar por sentado que solo el propio enfoque es el apropiado para todos los pacientes implica ser **dogmático**, en el sentido de utilizar una perspectiva de la Psiquiatría monástica, basados en la creencia de que un enfoque de la realidad es más o menos suficiente para explicar la mayoría de lo que los clínicos ven y hacen. Ello implica no estar consciente de los límites y de la naturaleza parcial de su aproximación. Es habitual que al rechazar – teóricamente- el dogmatismo, la mayoría de los clínicos se vuelca hacia el **eclecticismo**.

**Eclecticismo** entendido como no tener un punto de vista único que explique mejor la Psiquiatría ya sea por sostener un agnosticismo, con el que se afirma no saber si algún enfoque es mejor que los demás o por refugiarse en el modelo biopsicosocial.

Este **Modelo Biopsicosocial** fue desarrollado por Engel (1970, citado por Gahemi 2008) quien se enfocó en lo que ahora se llama Psiquiatría de Enlace, abordando primordialmente la comprensión de los aspectos psicológicos de las condiciones médicas. Su llamado era formular un modelo opuesto al “reduccionismo biomédico”, que prometía un final al crecientemente conflicto entre las escuelas biológicas y psicoanalítica. Su proposición tomó rápidamente interés dentro de la Psiquiatría, aunque no tanto en la Medicina General. Aunque en apariencia este modelo es obviamente **verdadero a cierto nivel**, en la práctica hace poco más que afirmar, de modo poco sorprendente, que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. Usado de esta manera, es **excesivamente amplio y no provee de una guía real** para clínicos o investigadores. Tal es así, que si bien el Modelo Biopsicosocial se ha transformado en el esquema principal de la Psiquiatría contemporánea, sufre de una vaguedad que lo transforma en nada más que un cese al fuego en el conflicto entre los diferentes enfoques en este campo.

Considero que este es uno de los **principales inconvenientes del Sistema Multiaxial de los DSM**, ya que si bien el sistema incluye las distintas áreas de información que pueden ayudar al clínico en su toma de decisiones, el uso de dicha información está totalmente descontextualizada. Esta opinión coincide con McHugh y Slavney (1998, citados por Gahemi 2008, p. 211) quienes: *“comparan el modelo a una lista de ingredientes a diferencia de una receta. Para cocinar una comida, no es suficiente simplemente conocer la lista de los ingredientes. Uno también necesita saber la cantidad necesaria de cada ingrediente y en qué orden. El Modelo Biopsicosocial sólo enumera aspectos relevantes de la Psiquiatría; se mantiene silencioso en relación a cómo entender estos aspectos bajo diferentes condiciones y en diferentes circunstancias. Como consecuencia, se convierte en eclecticismo, donde el clínico esencialmente hace lo que quiere.”*

## ¿Qué Diagnósticos Psiquiátricos existen, como los clasificamos y por qué?

### *Breve historia de la nosología psiquiátrica*

En el siglo XVIII había solo una enfermedad mental: la insania. Significaba aproximadamente lo que los clínicos actuales quieren decir con psicosis o lo referido coloquialmente como loco. En la última parte del siglo XIX, Emil Kraepelin dividió la insania en dos enfermedades mentales mayores, la *dementia praecox* (luego denominada Esquizofrenia por Eugen Bleuler) y la Enfermedad Maníaco –Depresiva (también llamada Enfermedad Afectiva por Bleuler). La nosología de Kraepelin se esparció rápidamente en la Psiquiatría mundial desde 1880 hasta la década de 1930. Sin embargo, con el surgimiento del Psicoanálisis como una nueva y apasionante teoría así como un tratamiento, dicha nosología enfrentó un duro golpe. Según expresa Gahemi (2008, p.173) *“Desde 1940 hasta la década de 1970, en los EE.UU. especialmente (mucho menos en Europa) hubo un retorno hacia lo esencial del modelo de insania, sólo que redeterminado como el continuo neurosis- psicosis. Todos, pacientes o no, enfermos o sanos, caían en alguna parte de ese continuo. La tradición de enfermedad en Medicina no fue considerada como central en la Psiquiatría.”*

Un gran cambio comenzó a ocurrir en la década de 1950. Se desarrollaron, probaron y validaron la utilidad de la clorpromazina en la esquizofrenia, la imipramina y la reserpina en la depresión y el litio en la manía. El **nacimiento de la psicofarmacología** sugirió que, al menos para el tratamiento medicamentoso, el esquema de Kraepelin parecía bastante útil. Investigadores, principalmente norteamericanos, comenzaron a demostrar la validez y utilidad de realizar distinciones más finas en la aplicación de los nuevos medicamentos, por ejemplo en un famoso estudio 1970 se demostró que en EEUU se diagnosticaba casi cualquier condición como Esquizofrenia, mientras que en Reino Unido este diagnóstico se realizaba en pocas condiciones y se diagnosticaba más trastornos del ánimo o ansiosos.

### **El Sistema DSM III y IV**

Como consecuencia de lo anterior surgió el DSM III y ello significó una restauración/ revolución en la Psiquiatría moderna. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la Salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. El DSM está realizado a partir de datos empíricos y con una **metodología**

**descriptiva** y propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I: Trastornos psiquiátricos principales
- Eje II: Trastorno de personalidad en la base, trastorno del desarrollo o retraso mental
- Eje III: Otras afecciones médicas.
- Eje IV: Tensiones psicosociales.
- Eje V: Funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (Escala de funcionamiento global).

La validez del sistema DSM genera hasta la actualidad **controvertidos debates**, con argumentos tanto positivos como negativos. En un capítulo que trata acerca de la evolución en la nosología psiquiátrica, Gahemi describe detalladamente ambas posiciones; en primer lugar subraya los **beneficios del mismo**, según los refiriera Klerman (1986, citado por Gahemi 2008, p. 201), uno de los científicos que participó en su desarrollo en 1982.

*“Corporiza el concepto de múltiples trastornos, reafirmando la aceptación de la psiquiatría del modelo médico moderno de enfermedad. Por primera vez, una nomenclatura oficial ha incorporado criterios operacionales con criterios de exclusión e inclusión... basada en la psicopatología descriptiva manifiesta más que en la presunta etiología (psicodinámica, social o biológica)... (Ello) no significa un abandono del ideal de la medicina científica moderna de que la clasificación y el diagnóstico deberían ocurrir por causalidad. Más bien resulta un modo estratégico de tratar con la frustrante realidad de que, para la mayoría de los trastornos que corrientemente estamos tratando, existe sólo evidencia limitada acerca de la etiología. ”*

El autor antes mencionado continúa la defensa del DSM III, afirmando que fue expuesto a pruebas de campo para evaluar su fiabilidad y a pruebas de validez de su nomenclatura; además introdujo un sistema multiaxial para acomodar los diversos aspectos de los pacientes, dejando implícita en su creación la necesidad de cambio y actualización, que deberían determinarse por el estado de la evidencia más que por las aseveraciones ideológicos.

A continuación Klerman (1986, citado en Gahemi 2008, p.105), hace la siguiente aclaración *“Una vez resuelto el problema de la confiabilidad, uno debe tener presente que hay dos problemas sin resolver: la validez y la singularidad del paciente individual. La confiabilidad no garantiza validez. Sin embargo, la confiabilidad es un precursor necesario para establecer la validez de las clases diagnósticas”*

La **confiabilidad** refleja si distintas personas pueden estar de acuerdo en cómo definir y reconocer un síndrome. La **validez** refleja la idea de si esa definición del síndrome representa en forma precisa la realidad de tal enfermedad o condición.

Hay acuerdos en que el tema de la confiabilidad es sencillo, pero el de validez parece más difícil de comprobar. En todo caso no se aplica la aseveración de que una entidad nosológica es válida si “se corresponde” a una enfermedad real en forma uno a uno; por ello Gahemi afirma que, a lo más, **nuestras nosologías son algo similar al orden de las especies (Darwin)**, clasificaciones de grupos con similitudes en muchos aspectos pero con variantes individuales a la vez.

Klerman (1986, citado por Gahemi 2008, p.108) tuvo en cuenta estas consideraciones y **diferenció diagnóstico de toma de decisiones** manifestando lo siguiente *“El diagnóstico únicamente no es suficiente como base para la toma de decisiones; otros atributos del individuo son cruciales en el contexto clínico. No existe un solo sistema diagnóstico que abarque todos estos múltiples atributos....Para la investigación científica en Medicina y en Psiquiatría, la unidad de investigación es el trastorno, mientras que para la práctica clínica la unidad es el individuo.”*

Gahemi señala que si bien la mayoría de los clínicos estarían de acuerdo con esta diferencia, en la práctica en general se sigue actuando de otra forma. En muchos escenarios, consiste en revisar un listado de síntomas, hacer un diagnóstico, y después prescribir un tratamiento, sin otras consideraciones.

Se señalan a continuación algunos de los **aspectos negativos** del sistema DSM. El psicoanalista Robert Michels (1982, citado por Gahemi 2008, p. 183), que participó del debate relatado por Gahemi, afirmó que *“En la construcción de una nosología, debemos primero decidir si queremos definir el dominio en discusión como lo que queremos describir precisamente o como lo que creemos importante. El DSM III opta por lo primero.”*

#### **Se plantea así la cuestión de la precisión versus la relevancia.**

El método científico incluye hipótesis demostrables empíricamente. Sin embargo, aquellas **hipótesis relacionadas a estados subjetivos**, como en la Psiquiatría, son especialmente **difíciles de probar objetivamente** en el mundo externo.

Pero si simplemente excluimos los estados subjetivos y las hipótesis que los involucran, negándoles cualquier validez científica, estaríamos en peligro de crear lo que Michels llama *“psiquiatría sin sentido”*. La Psiquiatría como campo perdería relevancia respecto de lo que experimentan los pacientes y para lo que buscan ayuda, sus estados subjetivos.

Según el psiquiatra Herman van Pragg (1992, citado por Gahemi 2008, p.184) el DSM III llevó a una exageración de lo objetivo: *“lo burdo de los diagnósticos; la preocupación por lo obvio.... la sobresimplificación...”* Además *“El sistema DSM-III y los instrumentos psicométricos en uso nos proveen de nada más que un bosquejo diagnóstico, con ausencia no tan sólo de detalles y finura sino que también de elementos esenciales para el propio diagnóstico, a saber, aquellos que son subjetivos. Una pintura de Vermeer en la cual los azules han sido dejados de lado podrá ser de estilo Vermeer, pero no un Vermeer.... La preocupación por lo objetivo no se ha apaciguado por años,... Ya no se ve como una fase transitoria en la vía hacia un mayor refinamiento diagnóstico, sino como un punto final. Lo llamado subjetivo no se ve como un territorio por conquistar, usando métodos empíricos, y se ha vuelto más bien un sinónimo de lo no-operacional, lo no-medible, lo no-cuantificable a lo más, un símbolo de ciencia blanda.”*

Estos críticos entienden que la Psiquiatría moderna, representada por el DSM refleja un marco de trabajo biopsicosocial, pero que en ella **no hay espacio para la psique excepto en la forma de enfermar.**

Ghaemi destaca al menos **tres características** derivadas de la evolución de la nosología DSM III:

- Es **poderosa y útil como un enfoque empírico** de la Psiquiatría usando bien el método en un sentido pluralista, sobre todo en el refinamiento de algunos conceptos como el de esquizofrenia.
- **Gran parte es muy ecléctica** y ha llevado a confusión y vaguedad de propósitos en la disciplina. Otras partes han sido interpretadas de manera **reduccionista**, es decir que la nosología pretende ser heurística más que reflejar la realidad.
- Quienes propusieron el DSM III argumentaban que no estaban proponiendo un proceso diagnóstico, sino más bien **una forma de organizar las definiciones al concluir el proceso diagnóstico.**

**En síntesis, los diagnósticos no necesariamente son etiquetas, sólo lo son si son mal usados en una forma reduccionista;** por ello es necesario una reflexión crítica a una aproximación extrema a la nosología, sin que ello signifique el derrumbamiento de la nosología diagnóstica per se.

#### 1.4. NUEVAS TENDENCIAS

##### ***Bases de la revisión: paradigmas filosóficos de las actuales perspectivas***

Uno de los temas más controversiales en la filosofía de la mente ha sido el dilema acerca de si hay algo diferente **en la vivencia de experimentar** dolor, alegría, temor, ver colores, percibir el viento más allá de nuestro conocimiento científico de sus mecanismos neurobiológicos. Gahemi (2008, p. 63) lo plantea como sigue “*¿Sabemos que es dolor si entendemos todo sobre la neurobiología de éste, pero nunca lo hemos experimentado? ¿Es lo mismo la neurobiología del dolor que el dolor en sí? ....En otras palabras, y volviendo a un lenguaje filosófico más antiguo ¿hay algo subjetivo acerca de las experiencias mentales que sea diferente de las bases objetivas de estas experiencias? Y, ¿es este aspecto subjetivo inefable? Es decir, ¿es ello por definición incomprensible de una manera científica objetiva? o ¿hay alguna versión del conocimiento subjetivo que sea accesible? ”*

Dos respuestas extremas intentan contestar estos interrogantes. Por un lado muchos afirman que no hay diferencia entre la experiencia de algo y la comprensión de su base neurobiológica. El dolor se identifica con el disparo de neuronas específicas en el sistema nervioso central y por lo tanto no sería necesario agregar ningún nivel de fenómenos subjetivos para entender el dolor. Ejemplo de ello sería lo que afirman los filósofos Paul y Patricia Churchland (1989, citado por Gahemi 2008) acerca de que una vez que el detalle pseudocientífico sea dilucidado, los ejemplos psicológicos conocidos van a ser incorrectos e inútiles. Enfatizan la hipótesis **de identidad**, de modo que la actividad cerebral estaría directamente relacionada con los fenómenos psicológicos que causa. Basan sus afirmaciones en la comprobación de que las lesiones de ciertas regiones del cerebro producen ciertos fenómenos mentales predictibles; el daño del lóbulo frontal altera la personalidad, lesiones del tálamo pueden producir episodios maníacos y la estimulación del lóbulo occipital puede producir experiencias visuales o alucinaciones. Fenómenos mentales simples que están directamente relacionados con sus causas neurológicas.

Gahemi (2008, p. 63) reflexiona sobre estos conceptos expresando que “*Sin embargo, parece ser que los fenómenos mentales más complejos, tales como mis pensamientos en este momento mientras escribo estas palabras o sus pensamientos al leerlas, involucran conexiones neuronales mucho más complejas de distintas partes del cerebro que son difíciles de detectar y describir*”.

Introduce así la discusión acerca de una perspectiva que se encuentra en el otro extremo ya que numerosos filósofos sostienen la idea de que los aspectos subjetivos de los fenómenos mentales son inefables, es decir puramente subjetivos e inalcanzables para el entendimiento humano. Denominan “**qualia**” a estas **cualidades subjetivas**.

Ambas posturas van siendo progresivamente rebatidas por los nuevos desarrollos filosóficos, entendiendo que es correcta la intuición de que los fenómenos mentales no son reducibles a su base material, pero que el hecho de ser diferentes, es decir no idénticos a la fisiología del cerebro, no deriva en que sean necesariamente inefables y no objetivables .

Una de las nuevas perspectivas filosóficas, **el Funcionalismo**, desarrollada por Daniel Dennett (1991, citado en Gahemi 2008) aporta una **teoría prominente** dado que pretende tener una **base empírica, susceptible de confirmación o refutación** y de este modo poder unirse al conocimiento actual y a la investigación en neurociencias y en neuropsiquiatría clínica. *“Este punto de vista sostiene que la mente es dependiente del cerebro pero no reducible al cerebro. Esta dependencia no es identidad...”* (Gahemi, p. 54)

Dichos enunciados coinciden en parte con otra Teoría, denominada **de Emergencia** que tiene sus raíces en Gran Bretaña (1940).

Con el concepto de emergencia **se rechaza la identidad mente –cerebro** ya que *algo extra ocurre cuando el estado cerebral conduce a un estado mental*; el estado mental “toma lugar” o “surge de” la constelación de los estados cerebrales que lo subyacen. Esto puede ser análogo a los estados biológicos que emergen desde sus estados químicos y físicos subyacentes. Por lo tanto la biología no puede ser reducida a la física o a la química, aunque las formas de vida biológica dependen de las leyes y propiedades físico- químicas para su existencia. **De manera similar, la vida mental tiene sus propias leyes y no es reducible a estados cerebrales.** Todos estos niveles interactúan unos con otros configurando sistemas complejos que son vistos como un todo más que analizados como sus partes funcionando separadamente.

### **Las aproximaciones pluralista e integracionista**

Afines a las teorías filosóficas del funcionalismo surgen las **dos más prominentes nuevas concepciones de la Psiquiatría**, las aproximaciones **Pluralista e Integracionista**. Ambas se pueden incluir dentro de un **materialismo no reductivo**.

El **enfoque pluralista**, más bien antiguo, propuesto por **Karl Jaspers** hace más de cien años ha sido representado más recientemente por McHugh y Slavney y Havens (1998, citado por Gahemi 2008, p. 104) quienes sostienen que *“El punto de vista básico del pluralismo es que son necesarios múltiples métodos independientes para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad mental; ningún método único es suficiente. Aunque todos los métodos son parciales o limitados, deberían ser aplicados por separado y en forma pura. De esta manera es que el Pluralismo difiere del Eclecticismo”*



La **aproximación integracionista** busca que la comprensión de la mente y la enfermedad mental se mantenga como un todo, **enfaticando en las interconexiones de la mente y el cerebro**.

Sus preguntas fundamentales podrían ser ¿Cómo podemos lograr conocer al otro?, ¿Cómo podemos saber lo que le está pasando al otro?

Hundert (1989, citado por Gahemi 2008) parte de estas preguntas filosóficas como temas centrales en Psiquiatría. El postulaba que a medida que los humanos interactuaban entre ellos, se afectaban entre sí y se provocaban cambios mutuamente, de tal manera que en forma eventual se terminarían conociendo uno al otro. Fue su idea de que ***el descubrimiento de la neuroplasticidad sería clave para la Filosofía y la Psiquiatría***. Estos conceptos fueron desarrollados por Eric Kandel, psiquiatra que recibió por estos descubrimientos, el **Premio Nobel** en el año **2000**. Kandel se interesó en las bases biológicas de la mente y en particular en sus implicancias en el Psicoanálisis. Enfocó su trabajo sobre **como la memoria se codificaba en el cerebro**. Entre sus conclusiones enfatiza que *“Aunque las conexiones anatómicas entre neuronas se desarrollan de acuerdo a un plan definido, la fuerza y efectividad de estas conexiones no está totalmente determinada por el desarrollo y puede ser alterada por la experiencia.”* (Kandel 2000, citado por Gahemi 2008, p. 49)

Estos estudios fueron centrales para demostrar el proceso de **neuroplasticidad** que **transformó siglos de creencias** que sostenían que las neuronas eran entidades estáticas y que no podían regenerarse. Ello tiene grandes implicancias para la Psiquiatría y el Psicoanálisis, ya que las especulaciones de Kandel entienden básicamente, entre otras cuestiones, que la psicoterapia podía ser una influencia ambiental que altere el cerebro, oponiéndola así a la unidireccionalidad de influencia desde el cerebro a la mente, como se asume en el materialismo reductivo tradicional. De lo expresado más arriba se destacan los siguientes conceptos

- *La enfermedad mental **no es simplemente un fenómeno biológico**.*
- *Existen claras **divergencias en cómo definir Salud y Enfermedad Mental en relación de una con la otra**.*
- *Es importante definir la **Enfermedad en términos de Salud**.*

### **Zona Gris, Dimensiones, Estadios Clínicos**

McGorry y Van Os, en un trabajo publicado por **Lancet 2013**, realizan una profunda revisión y encuentran **serias deficiencias en los sistemas diagnósticos usados actualmente en Psiquiatría**. Manifiestan que dichos sistemas no demostraron su utilidad para la búsqueda

de los mecanismos patofisiológicos y los marcadores biológicos y cognitivos para cada trastorno específico, tienen pobre confiabilidad a pesar del advenimiento de los criterios operacionales, asumen potenciales efectos adversos por diagnósticos estigmatizantes y tienen una naturaleza inevitablemente política y burocrática. Además conservan categorías diagnósticas pasadas, junto al rápido incremento de nuevas categorías pobremente validadas (de **182** trastornos en la 2ª edición de DSM a **265** en la 3ª y **297** en la 4ª) y tiene un pobre valor predictivo para el consumo de servicios de salud. Otro serio problema es el fallo en definir claramente las etapas iniciales de los trastornos mentales incipientes (como se hace en otras enfermedades médicas) lo que ha obstaculizado la psiquiatría preventiva y la capacidad para realizar diagnósticos tempranos.

Plantean así, una pregunta fundamental “*¿A qué se refiere el diagnóstico realmente?*”

Afirman que, esencialmente, el diagnóstico es una **clasificación útil** cuyo objetivo es caracterizar el fenotipo clínico de una manera condensada que ayude a **diferenciar entre aquéllos que están enfermos y necesitan atención médica y aquellos que no lo están** y a mejorar las elecciones terapéuticas, el pronóstico y los resultados. Además, debido a que **el valor del diagnóstico** puede ser aumentado si se puede ligar estrechamente a él la fisiopatología o los marcadores biológicos subyacentes, muchos diagnósticos psiquiátricos **aún tienen baja utilidad**.

### **Una transformación es necesaria, pero ¿es posible?**

#### ***Síntomas, Síndromes, Categorías y Dimensiones.***

McGorry y Van Os (2013) expresan que **la experiencia humana** implica cambios periódicos y a veces intensos e imprevisibles en los sentimientos y los rasgos sobresalientes en respuesta al medio social. Cuando estos cambios se vuelven más importantes, se pueden discernir como los presuntos **microfenotipos subclínicos** que fluctúan, interactúan secuencialmente o confluyen, pueden madurar o estabilizarse hacia **macrofenotipos puros o híbridos**. Este proceso es **indudablemente fluido y dimensional** y varias- pero no interminables- dimensiones de psicopatología pueden ser realmente identificadas como saliencias aberrantes o desregulación de diversa índole.

De acuerdo a estos autores, se podrían imponer arbitrariamente categorías dentro de estas dimensiones, pero la **noción del síndrome**, en el que **diversos síntomas coinciden de manera previsible**, pero se afectan mutuamente con el tiempo, es un **constructo más funcional**. Implica que varias dimensiones de la psicopatología **surgen secuencialmente y al mismo tiempo de manera interactiva y dinámica**, con flujo y reflujo .

Por otra parte, todos los trastornos psiquiátricos importantes tienen **etapas iniciales o pródromos**, durante los que el paciente sufre angustia y discapacidad sostenidas y necesita atención médica, pero en los que **no se logra todavía un diagnóstico definido**. Los médicos de atención primaria conocen demasiado bien estos pródromos y el DSM y la ICD **no les resultan útiles para el diagnóstico**.

Esto los lleva a explicitar como **dimensiones claves y decisorias** en la clínica la **persistencia** y la **intensidad**, al indicar la **necesidad de atención médica, independientemente del conjunto específico de características**.

Esta aproximación, que no es extensible sobre el diagnóstico específico, propone **tolerar la imprecisión sin forzar diagnósticos no validados**. Los autores lo expresan como sigue

*“Queda claro que “la definición precisa del límite entre lo que se considera normal y el trastorno mental que necesita atención es difícil. Pero, ¿cuán crucial y factible es la creación de esta definición tan precisa? ¿Sería aceptable una zona gris con entrada (y salida) suave y flexible como rasgos clave de una nueva cultura de la atención primaria?”*

McGorry y Van Os explican como las formas clásicas de psicopatología representadas en los trastornos psiquiátricos más importantes, como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno límite de la personalidad, la anorexia nerviosa y el trastorno bipolar, **derivan de los entornos de atención terciaria de fines del siglo XIX y principios del XX**. Sin embargo, los adelantos en la epidemiología psiquiátrica mostraron la **extensión de las manifestaciones subdiagnósticas e inespecíficas de trastornos de salud mental en la población general**; dando cuenta de que algunos de estos hallazgos son **transitorios o intermitentes**, otros son **persistentes** o forman parte de las **etapas iniciales o pródromos** de los trastornos psiquiátricos importantes, **pero en los que no se logra todavía un diagnóstico definido**.

Plantean la cuestión de **cómo estos datos deberían influir sobre la clasificación diagnóstica**, para eludir una falsa dicotomía entre el sobre-tratamiento (y la inhibición de la capacidad de resiliencia y afrontamiento) y el sub-tratamiento (alimentado por el poco conocimiento, la estigmatización y el acceso restringido a la atención de salud). Como **alternativa novedosa**, los autores proponen la normatización de la intervención temprana, incluido la así llamada *“suave entrada al asesoramiento y cuidado”* teniendo como **marco clave la teoría de la crisis**; ello permitiría que **respuestas normales a acontecimientos adversos graves** reciban una respuesta terapéutica proporcional a sus necesidades y de este modo la intervención terapéutica temprana en salud mental puede ser mínima, siendo sus pilares el apoyo y la información.

### ***Modelo de Estadios Clínicos***

McGorry y Van Os proponen el modelo de estadios clínicos, adaptado de la medicina general, para asegurar que las intervenciones sean proporcionales tanto a la ***necesidad como al riesgo de extensión del fenotipo clínico*** y las consecuencias asociadas. Reconoce que los microfenotipos de perturbación persistente y múltiple pueden justificar la necesidad de atención médica sobre la base de sus necesidades inmediatas y el riesgo de progresión a macrofenotipos más familiares. Formulan la siguiente pregunta “***¿Cuándo tendría sentido ir más allá del diagnóstico general de enfermedad mental?***”, que comienzan a responder diciendo que “***quizás no se debería permitir más especificidad en el término diagnóstico que la necesaria para orientar la elección del tratamiento.***” En parte esta especificidad podría surgir con la aparición de ***síndromes o macrofenotipos más evidentes, más estables y sostenidos o graves***, como la psicosis, la manía, la depresión, la ansiedad, la adicción y el síndrome limítrofe, ya sea solos o, más típicamente, en combinaciones.

Congruente con lo antes mencionado, este valioso trabajo propone **la estadificación clínica**, una **iniciativa novedosa** que **vincula** la perspectiva de la **atención terciaria** con la experiencia moderna y más inclusiva de la **atención primaria**; ello podría ser más adecuado para aceptar el **desafío de modernizar el diagnóstico de los trastornos mentales**. Los más importantes beneficios potenciales son mayor **utilidad y caminos más libres para la validez**; además debería **moderar** la creciente **generación de categorías diagnósticas** al permitir que el proceso diagnóstico se base sobre el desarrollo cronológico y el grado de progresión de la enfermedad y construya un vínculo más fuerte con las decisiones terapéuticas sensibles a las consideraciones de riesgo–beneficio y la elección de los pacientes.

Esto implica el reconocimiento formal de lo que ya está aceptado tácitamente, principalmente que **la relativa especificidad** es un **marcador tardío de progresión, gravedad y peor evolución de la enfermedad** que el **estadio inicial e inespecífico o pluripotencial** y que se **ganaría mucho** más en reconocer la necesidad de **atención apropiada en las etapas iniciales, inespecíficas de la enfermedad**.

## **2. REVISIÓN DE LAS BASES TEÓRICAS SELECCIONADAS**

En este apartado se sustentarán las bases teóricas de esta propuesta presentando una breve síntesis conceptual de diferentes autores. Ellos fueron seleccionados por la originalidad de sus propuestas, la profundidad de sus pensamientos, el respeto por los orígenes de las disciplinas que representan y la valentía por desligarse de conceptos que obstaculizan nuevos avances.

Los aportes de cada uno, específicos y diferenciados, son coincidentes en tópicos esenciales, marcando una línea conceptual afin sobre la que se encuadra esta investigación.

### **2.1. RICARDO RODULFO**

Las siguientes consideraciones despliegan aspectos relevantes de los aportes de Ricardo Rodulfo, seleccionados por su concordancia con este trabajo:

- i. Revolución de las bases conceptuales del psicoanálisis:
  - a. Dar por terminado.
  - b. Propuestas- definiciones- trama conceptual abierta al futuro porvenir.
- ii. Emergencia de los trabajos mentales y sus metamorfosis a lo largo de la vida.
- iii. Importancia y reconocimiento de la salud mental en sus fenómenos positivos.

#### **i. Revolución de las bases conceptuales del psicoanálisis.**

“El psicoanálisis se centra en el Inconsciente y el Edipo.” “Eso no es psicoanálisis”. “Tal autor no es psicoanalítico”. “En psicoanálisis no se habla de Apego”. “Deprivación y hospitalismo no son términos psicoanalíticos”.

En diversos ámbitos psicoanalíticos era (¿es?) Una experiencia corriente escuchar ciertas afirmaciones condenatorias cuando se trataba de pensar libremente y revisar conocimientos. Tales enunciados, son proclives a ejercer un efecto paralizante que dificultan enormemente apropiarse de los conceptos y “*hacerlos jugar*” en la reflexión grupal, personal y por ende, en la clínica. Encontrarse con los textos de Ricardo Rodulfo implica descubrir una puerta a la libertad de pensamiento en donde todo puede ser considerado, de diversas maneras, no necesariamente opositivas, no necesariamente concluyentes ni definitorias.

No importa tanto la teoría, sino como se la use, como cada uno se permita a sí mismo usar su pensamiento, sus sensaciones, sus intuiciones, sus dudas. La precariedad de cada momento en lo que algo se ilumina, junto al paciente, junto a un colega o en soledad, es parte constituyente de conocimientos que nunca son iguales a sí mismos, que están en constante movimiento, en búsqueda de algo no establecido de antemano.

En cada uno de sus textos es posible encontrarse con términos no banalizados, no estereotipados, a veces con palabras, ideas, que fueron desechadas por “no psicoanalíticos”; alegría y no sólo angustia,..., para empezar. Las siguientes reflexiones dan alguna cuenta de ello

*“El psicoanálisis es mucho menos un sistema teórico homogéneo y acabado que un montaje de injertos, un **collage** o un bricolaje heteróclito, y la **subjetividad** que describe funciona de esa misma manera.”... “No existe un vocabulario por el cual podríamos identificar de inmediato que ahí “hay” psicoanálisis.”... “Rehuir a dejarse gobernar por un sistema teórico determinado y por un vocabulario determinado es, precisamente, lo más psicoanalítico que cabe imaginar”.* (Rodulfo, 1992, p. 32)

Circulando con y por el pensamiento de Jacques Derrida<sup>1</sup>, abre nuevos caminos en donde solo había muros infranqueables. **Realiza una profunda y detallada deconstrucción de las oposiciones binarias que conformaban hasta el momento las principales teorías psicoanalíticas<sup>2</sup>, dando lugar al libre juego de la tremenda complejidad que abarca el estudio de la mente humana.**

Aquí y allá, con la firmeza necesaria para derribar muros, abre fronteras estrictas que, desde la perspectiva psicopatológica separaban entre otras, neurosis y psicosis; pone en alerta sobre la facilidad con la que se cae en homologar neurosis con salud (Rodulfo, 1997), y desarma, destraba, lo que desde el punto de vista teórico Derrida llamó el “fallogocentrismo” (Rodulfo, 2004) y que suele ser repetido como un mantra al que nadie puede cuestionar (al menos públicamente). Permanentemente **evidencia que “abrir” fronteras, no es derribarlas, violarlas ni ignorarlas.** Simplemente es tornarlas porosas, permitiendo un intercambio enriquecedor en ambas direcciones.

A través de ello puede verse que la tendencia imperante en su pensamiento introduce movimiento, un movimiento en el que se respira salud, no centrado ni anclado “solamente” en lo patológico y en lo sufriente. En los textos de Rodulfo, se respira- lo que no es poca cosa- una brisa que hace su juego entre el proceso primario y el proceso secundario, una forma de pensar que ayuda a seguir pensando.

#### **a. Dar por Terminado**

En la Introducción del libro Futuro Porvenir y en el capítulo “Dar por terminado” del mismo tratado se encuentra explicitada la posición del autor en aspectos cruciales del

---

<sup>1</sup> Jacques Derrida. Filósofo francés 1930-2004

<sup>2</sup> Activo/pasivo, sujeto/objeto, representación/afecto, consciente/inconsciente, neurosis/psicosis entre otras.

Psicoanálisis (Rodulfo, 2008, p. 13-52). Allí deja en claro que considera como vetusto e inadecuado algunos de los conceptos más habituales y/o de la manera habitual de usarlos. A continuación se mencionan algunos de ellos:

- **Narcisismo**. Desestima, basado en las nuevas teorías del desarrollo, una supuesta dicotomía entre amar a otros y amarse a sí mismo representada en una trayectoria desde el autoerotismo- narcisismo hasta una plena objetividad y primacía de un principio de realidad.

- **Pulsión**. Concepto metafísico que no es útil para comprender fenómenos clínicos, por el contrario, precipita un punto final desde el cual se obtura cualquier avance.

- **Edipo**. Considera que la **universalización apresurada y atemporal del concepto de Edipo**, no se sostiene en la observación y el trabajo con niños. Tampoco la **Tesis central del Complejo de Edipo** referida a que Freud encuentra regularmente en la reconstrucción de la evolución psíquica del varón, una corriente amorosa hacia el padre que podría llevar al niño a considerar a la madre su rival y de modo inverso, un Edipo negativo que lleva a eliminar a la madre para unirse al padre. Rodulfo revisa la complejidad de los hechos, afirmando que *“madre” y “padre” no son posiciones que puedan simplemente invertirse en una simetría mecánica*, ya que eso dependerá de cómo se inscriben en el psiquismo del hijo. Además advierte sobre el **Familiarismo**, término tomado de Deleuze y Guattari y que remite a la *“tendencia psicoanalítica a remitir cualquier cosa a lo edípico.... se piense en una perspectiva histórica o en una perspectiva mítico-estructural; hacer del Edipo- sobre todo- el centro de gravedad de la existencia humana.”* Advierte diversos problemas para este enfoque, en primer lugar reducir lo familiar a lo edípico deja **sin pensar en su especificidad varias funciones** (tío, abuelo, amigo, maestro) que requerirían examen detallado; en segundo término, sostiene una **vieja división** entre un círculo primario, íntimo, familiar y uno secundario, social, que vendría después y siempre llegando a través de los padres. Sostiene que la partición entre lo familiar y social no funciona de ese modo, y que la estructura subjetiva no es patrimonio exclusivo y excluyente de lo familiar.

- **El Objeto del Psicoanálisis es....** *“El psicoanálisis no tiene objeto, y su fuerza consiste en no tenerlo.”* La afirmación anterior da cuenta del cuestionamiento que el autor hace sobre el hecho de que **ciertas creencias consagradas** (las que sean, según la teoría que se trate) funcionen como **referencias inmutables** del Psicoanálisis. Ello supone considerar la teoría como un edificio, con sus cimientos inamovibles, que nunca pueden ser conmovidos, y que por ello *“limitan inapelablemente el hasta dónde éste puede ser modificado”*. Lo considera como un efecto de figuración abstracto y

metafísico del **fundamento**, que está en el origen de las deliberaciones respecto a cuáles serían los “*conceptos fundamentales*” del psicoanálisis. Propone, en cambio; un giro muy diverso: “*dejar por eso al psicoanálisis ‘sin base’, no por descartar apresuradamente una serie de conceptos, sino por dialogar con ellos sin seguirlos considerándolos como “base”; privar, vale decir librar, al psicoanálisis de la referencia a una base inamovible y ahistórica que tendría que tener*”.

- **Vigencia de las condiciones iniciales.** Propone revisar, acotar y en ocasiones reformular la idea de que todo lo importante, lo esencial, en la vida de una persona depende de ciertas condiciones iniciales que sucedieron hasta los cuatro o cinco años de vida. Modelo que Freud tomó de la física mecánica, basado en un sistema de fuerzas que opera en un espacio cerrado, donde nada puede introducirse de nuevo. Por otra parte, en un sistema físico así concebido, en cualquier momento que se practique un corte es posible, a partir de deducciones y reconstrucciones, conocer cuáles eran las condiciones iniciales del sistema. Rodulfo advierte que dicha premisa no puede ser aplicada **siempre** en la clínica; y que al igual que en la física cuántica, también en la vida de una persona advertimos que las “*condiciones iniciales de un sistema tienen efectividad, pero no indefinida: caducan, no se mantienen inalterables todo a lo largo de la existencia de un sistema dado...*”. Estas consideraciones explican que en el análisis de un **adulto** en ocasiones se puede constatar una **impresionante continuidad** a lo largo de la vida, tanto en grandes patologías como en casos más favorables, pero en otros nada de eso ocurre, **prevaleciendo notorias discontinuidades**.

#### **b. Propuestas- Definiciones- Trama Conceptual Abierta al Futuro Porvenir**

- **Apertura al acontecimiento.** Propone que el Psicoanálisis como disciplina se ocupe de pensar lo nuevo que a partir del acontecimiento puede generarse.

- **Los diferentes comienzos.** Rodulfo relata la pregunta que le formulara un paciente “*¿Cuándo empieza mi propia vida?*” y reflexiona al respecto “*Las cosas empiezan más de una vez, no hay un principio que luego se desenvuelve en una continuidad lineal*”. Este pensamiento se refiere tanto a la vida de cada uno como al psicoanálisis en tanto disciplina e implica el “**principio de inconclusión**”, es decir, asumir que, mientras se esté vivo, no se ha concluido la elaboración de conceptos, ni es; mejor dicho, ni debería ser, un sistema- *teórico* cerrado.

- Propone **tratar los diferentes conceptos de modo psicoanalítico**: como un obstáculo que deja pasar o entrever algo de lo que obstruye.



- **Experiencia.** Considera al Psicoanálisis como un acontecimiento, en el sentido de una *experiencia* que pasa por la subjetividad y la singularidad, tanto del paciente como del analista. Sin minimizar el valor de la capacitación intelectual y de la formación teórica, destaca que *“toda lista de actividades debe referirse a una experiencia que les dé sentido”*, y que el *“ser analista es un acontecimiento que adviene en un encuentro y no una profesión que se aprende, simplemente, con aprenderse más o menos una teoría.”*

- **¿Qué es lo esencial del Psicoanálisis?** *“... lo esencial de un psicoanalista, su mirada, su manera de oír, ..., su registro afectivo de estados afectivos que apenas si se trasuntan en algún gesto o andar de alguien, lo ritmos con que un niño juega o vacila, y esa manera de pensar las cosas que resisten a una definición puntual y coherente, pero de la cual algunos de sus ingredientes básicos: disposición a interesarse en la singularidad de un fenómeno sin reducirlo a; “prejuicio” respecto de lo marginal, de lo oficialmente carente de importancia; actitud de reserva crítica frente a todo efecto de sistema que cierre bien; delimitación de lo manifiesto como punto de partida; desconfianza del sentido (también del sentido común); tendencia a no tomar muy en cuenta clasificaciones o delimitaciones o demarcaciones estabilizadas, científicas o no (porque aquello incluye poner en suspenso lo científico/no científico) y, vacilando aquí un poco, agregaríamos un rasgo al que nos tentaría asignarle un carácter fundante: actitud lúdica, capacidad de jugar que transforma un relato en material, gusto por el juego con las más diversas cosas, palabras, imágenes, ideas, sonoridades; afición bricolera y exploratoria que no retrocede ante la travesura o ante robar un poco a fin de continuar pudiendo pensar”*

## **ii. Emergencia de los trabajos mentales y sus metamorfosis a lo largo de la vida**

Se advierte en los textos de Rodolfo un trabajo dirigido a descubrir los orígenes y avatares de la espontaneidad, la creatividad, la subjetividad que va a constituyendo a la persona, tornándola humana.

En *El Niño y el Significante* (Rodolfo, 1989) puede verse como emergen, de modo tan delicado y sutil como activo y potente, la búsqueda de los primeros encuentros con otros humanos, los mismos que brindan los materiales para la constitución del *self*. Se desarma una cronología rígida, en donde primero es lo narcisista, anobjetal o autista para luego, mucho más tarde, dar lugar a la construcción mental del otro.

Rodolfo vuelve a mirar las primeras expresiones de los bebés, encontrando en sus movimientos indicios de los primeros juegos, indicadores claros de subjetividad desde el

comienzo de la vida extrauterina. Urdimbre de una trama mental que será tejida con y dentro de un ambiente humano singular, que cobijará, facilitará esa *“actividad múltiple extractiva que empieza con la mirada, la boca, la mano...”*

De ello va surgiendo la inscripción mental y pictogramática de superficies continuas que incluyen las funciones maternas y los hábitos o rutinas que plásticamente estas ordenan y son incorporados por el bebé como propias, dando origen a las primeras capacidades mentales organizadas.

Temática o interés que se continúa de muy diversas maneras y con diferentes materiales, como en el libro denominado *“Dibujos fuera del papel”* (Rodulfo, 1999) en el que, a través de algunos estudios clínicos se cuenta y se da cuenta, de sinuosos avatares, saludables y patológicos, por los que atraviesan funciones esencialmente humanas, como la escritura.

Preguntas sencillas, abren espacios no pensados, taponados por lo “obvio”: *“¿Dónde viven los niños? ¿Y merced a que trabajos?” “¿Por qué los niños **tienen** que hacer caricias, tienen que tocar?”*, y cuando nos ahogan de líneas “marcando” todas las paredes de la casa o del consultorio *“¿Qué decisivas operaciones están en juego cuando se trata, nada menos, que de esto: de hacer una raya?”*

El autor va mostrando, paso a paso, que así como al juguete lo hace el niño al jugar, *“de no haber un niño que lo invista, lo invente como tal, un pizarrón, una hoja de papel, no es más que una “cosa” inerte entre las demás cosas...”*.

Piensa que *“Habitar un lugar, toscamente expresado, es poner cosas propias ahí, pero el punto es que esto no se hace sin profundas modificaciones subjetivas en quien los pone ahí”*. (Rodulfo, 1999, p. 31 a 50)

Consideraciones **novedosas y revolucionarias para el pensamiento psicoanalítico**, al punto que puede mostrar al **niño como un agente activo** y no sólo receptáculo pasivo que recibe las marcas y las improntas que le ponen los adultos. Entre otros aspectos, **relevantes para este trabajo**, el autor propone **incorporar la consideración de esta actitud naciente a la evaluación psicopatológica**. *“La manera que un niño tiene – la única consistente- de aposentarse en un lugar es a través de las marcas que hace y deja en él. **El niño es un ser marcante**, ser de marca, demarcado por las marcas que es capaz de escribir. En la práctica, allí comienza cierta evaluación diagnóstica. Luego, toda una forma de matices en la relación con este **marcar** nos irá permitiendo aproximaciones más finas y hasta **el uso de categorías psicopatológicas, de ser necesario.**”*

Al mismo tiempo, va mostrando cierto modo de incursionar con estas herramientas en otras edades, poniendo de manifiesto el inmenso valor que ellas tienen en el trabajo con niños y adolescentes, siempre que *“sepamos **acarrear** elementos de un campo al otro”*.

Esto último puede observarse con claridad en un texto llamado “La fabricación de un elemento duro” (Rodulfo 1992, p. 117). Allí **se formulan ciertas preguntas “obvias”** para intentar iluminar algunas cuestiones: *“¿Qué es lo que informa con su impulso la mano del lactante que se aventura más allá de su ser de abrazo?... “...Que condiciones específicamente psíquicas son necesarias para acceder a la bipedestación o experimentar **subjetivamente** una erección, que cosas de tipo simbólico deberá procurarse el sujeto a cargo.”*

En otro de sus textos, llamado “El adolescente y sus trabajos” se explicita **un modo de pensar la clínica** que puede ser resumida en la siguiente pregunta (Rodulfo, 1992, p. 152) *“¿En qué trabajo anda ese chico o ese adolescente que viene a la consulta?”*

Retomando algunas expresiones de Freud (1900 – 1917) referidas al “trabajo” del sueño y al “trabajo” del duelo y otras expresiones de Dolto (1994) en las que describe las distintas castraciones, estudia la aplicación que el **concepto de trabajo** psíquico tiene en psicoanálisis. Destaca la perspectiva, en dichos autores- Freud y Dolto - y en su propio pensamiento, de no tomar algo como pasivamente sufrido por el sujeto, **“algo que le pasa”**, sino como un trabajo del cual él es agente principal, más allá de que lo haga ayudado por ciertas funciones parentales y/o sociales.

Considero esta perspectiva de **fundamental importancia**, particularmente desde la mirada del desarrollo psicoemocional y el trabajo con niños y adolescentes, por tres motivos.

En primer lugar alerta **“contra el cronologismo”**, es decir, el hábito de designar como adolescente, por ejemplo, a alguien **solo porque tiene cierta edad** y ayuda a pensar en el o los trabajos específicos que son necesarios en el desarrollo para que puedan ser “vividos” los distintos momentos vitales y en los obstáculos para que ello ocurra.

En segundo término, *“el concepto de trabajo le **restituye** algo allí que le pertenece al sujeto y que es su propio trabajo psíquico, su **propia actividad**.”* Por último *“nos sirve contra los **peligros** siempre presentes de psiquiatrizar el psicoanálisis por la vía de **psicopatologizarlo todo**.”* (Rodulfo, 1992, p. 142)

De este modo se privilegia el diagnóstico en relación al tipo de trabajo mental que el sujeto esté – o no- realizando, pensando los síntomas desde esa perspectiva.

### **iii. Importancia y reconocimiento de la salud mental en sus fenómenos positivos** ***Encuentros con Donald Winnicott. Tendencias convergentes en sus pensamientos***

Dando vueltas por sinuosos laberintos en donde se vuelve a pasar más de una vez por el mismo lugar, descubriendo siempre algo distinto, se puede encontrar en los textos de Rodulfo, de muchas maneras diferentes, **algo que él destaca de otro pensador**. Modelos, tendencias de pensamientos, formas de buscar y de interesarse que tienen una impronta inconfundible

*“Dicho sea no de paso, es una táctica repetida de Winnicott: abordar cada tema desde un ángulo en que de entrada se excede el encuadramiento de la psicopatología. Nunca encara las cosas por el lado de la psicopatología, incluso – y sobre todo- cuando luego ha de meterse en ella. Dicho en sus términos, invariablemente ingresa por el sesgo de la salud, es decir, de la lucha por el ser.”* (Rodulfo, 2009, p. 71)

En el libro, *“Trabajos de lectura, lecturas de la violencia”*, (Rodulfo, 2009) se ocupa de enmarcar su interés por el estudio de la obra de Donald Winnicott y exponer las impresiones que su lectura le ha dejado. Trasmuta una admiración no dogmática ni idealizada y sobre todo un sentirse como “en casa”, en el sentido de que se deja ver que los intereses de ambos pensadores se desplazan libremente, sin quedar aprisionados en términos técnicos o teóricos que obstruyan, cierren o definan categóricamente ninguno de los tópicos tratados.

En este libro en particular, es posible vislumbrar en ambos que *“...más allá del interés propiamente psicoanalítico, se trata de recuperar a un pensador de la existencia que llegó a lo muy hondo y que desborda el marco acotado del especialista, como todo genuino pensador.”* (Rodulfo, 2009, p. 17). Esto contribuye a que *“Trabajos de lectura...”* sea un libro particularmente diferente, porque todo lo que allí se trata tiene que ver fundamentalmente con **lo humano** y desde esa posición, las **fronteras entre la Salud y la Patología por momentos no importan y por otros se visualizan desde ángulos distintos a los convencionales**.

Allí puede verse como el intento por despejar el término *Self*, ampliamente utilizado por Winnicott, introduce en la dificultad por nombrar y definir aquello, que justamente, se resiste a ser encontrado y mucho menos denominado categóricamente. Sin embargo y pese a esta dificultad, deja la inquietud – o la tranquilidad – de saber formular la pregunta sobre *“si hay alguien allí que responda como subjetividad humana”*.

Con ello se involucra, *“no una identidad estática de bordes asegurados”* (como el “Yo” o a la “personalidad”) sino **cierta dimensión de permanencia o de continuidad con el cual se alude a la “cualidad de lo viviente”**, de lo animado. Sostiene la pregunta que Winnicott inaugura en el campo del psicoanálisis *“¿cómo alguien llega a sentirse vivo, ser viviente? Y también: ¿hay una historia, un desarrollo de esta “sensación”, de esta no presencia “directa” de lo que nos hace creernos vivos, o lo desploma en la depresión o el*

*delirio tal certidumbre?... Para sentirse vivo **no basta** en modo alguno con el hecho de “**estar vivo**” en el sentido cubierto de la biología.” (Rodulfo, 2009, p. 23)*

Y recién a partir de tratar de capturar algo que, aunque esquivo, remita a la esencia de lo humano, se mencionan experiencias estremecedoras de “*entrar en contacto con los estados psíquicos de no vida en personas formalmente vivas, aun cuando su funcionamiento sea perfecto y característicamente normal*”.

También resulta por demás novedoso el trato que se le da, al trabajar con ideas de Winnicott, al hecho de comunicarse y no comunicarse. En un capítulo titulado “*No comunicarse*” se **defiende el derecho a no ser encontrado y a la no comunicación**. Se advierte que ello no siempre cae bajo el signo de “resistencia” en un análisis y que por lo contrario, muchas veces es un logro del proceso analítico que alguien por primera vez pueda estar en silencio sin la compulsión a comunicarse. Ello no desmerece que haya usos patógenos del silencio y que exista la imposibilidad de comunicarse como se destaca habitualmente, solo que el uso de la palabra no tiene un alcance irrestricto; e incluso hay momentos en que la puesta en palabras puede arruinar un muy buen momento (terapéutico o de otro tipo) y además la comunicación puede valerse de otros recursos, en particular en los niños, tales como el dibujo o el juego.

Se alude al **valor del silencio**, que **lejos de ser tratado exclusivamente como una resistencia**, “*será entendido como un comportamiento de mayor valor elaborativo que el hablar o el hacer en sesión*”. (Rodulfo, 2009, p. 27)

Temáticas que se van superponiendo, entrelazando, relacionando entre sí, como al tratar “*La capacidad para estar solo*”. Se sugiere como indicador para valorar la madurez psíquica de alguien de acuerdo a la capacidad para estar y para seguir siendo, él mismo, a solas. Podrá notarse que este es un **tópico de especial interés en las problemáticas de la soledad**, descubiertas en las edades y circunstancias más diversas (ansiedad de separación, fobias universales, fobias neuróticas, trastornos border o narcisistas). Resuena el pensamiento de Winnicott, quien se ocupó no solo de la **huida** de la soledad, sino de la retracción, el repliegue **hacia ella**, como defensa ante vivencias persecutorias, denominándolo **aislamiento**.

En función de lo anterior, Rodulfo indica que “*habrá que emprender todo un **trabajo de diagnóstico diferencial para no confundir** esto con una verdadera autonomía basada en gustar de la soledad bajo ciertos tiempos y condiciones.*” (Rodulfo 2009, p. 187)

Esta última afirmación, más allá del punto específico al que está referida, deja ver la **importancia que se le asigna a la tarea diagnóstica, sacada de los marcos habituales**. Podría decirse que no se conforma con las observaciones, aunque tampoco las desestima. Es la dedicación al detalle, a lo microscópico en ocasiones, engarzado en un conjunto no

delimitado a priori pero que incluye el encuentro con el analista, lo que da sentido a los indicadores clínicos.

### **Capacidad, uno de los tópicos más característico de Winnicott**

Rodulfo trabaja el concepto de “capacidad”, otorgándole un lugar clave en la perspectiva desde la que se piensa y se trabaja con la Salud y la Patología Mental. Sus expresiones son consideradas esenciales para generar el paradigma desde el cual se proyecta este trabajo.

*“Empezar por la capacidad no es lo mismo que hacerlo por la angustia, la inhibición, el síntoma o cualquier otra dirección perturbada, primero porque se trata de un rasgo positivo en más de un sentido de la palabra, después porque la capacidad es algo que debe adquirirse y no está garantizada de antemano. Este rodeo tiene múltiples consecuencias: por lo pronto estudiar perturbaciones en una capacidad es algo sutilmente diferente a acceder directamente a ciertos fenómenos como si sólo fueran perturbaciones”.* (Rodulfo, 2009, p. 187)

## **2.2. DONALD WINNICOTT**

### **Exploraciones relativas a “Salud”**

*“En los asuntos humanos nada es incuestionablemente definido y ¿quién puede decir dónde termina la salud y dónde comienza la enfermedad?”* (Winnicott, 1967, p. 27)

Winnicott es un autor que ha dedicado parte importante de su obra a estudiar la Salud Mental en su vertiente positiva y no solo en lo que se refiere a la ausencia de enfermedad. Destaca que en ocasiones es necesario que nos preguntemos cosas aparentemente obvias ya que ello nos permitirá reformularlas en nuestros términos, resaltando aquello que no podemos definir con claridad. Se refiere, en particular, a que los puntos de vista sobre Salud y Enfermedad varían con los tiempos y las circunstancias sociales y ello es aun más notorio cuando queremos definir conceptos que tienen que ver con la vida emocional y con el funcionamiento mental.

No le conforma la idea de que Salud es sólo la ausencia de fenómenos neuróticos o psicóticos e insiste en pensar la riqueza personal y para ello se esfuerza en buscar criterios más sutiles y por ende, más difíciles de definir. Se interesó en el estudio de las bases de la salud mental que posibilitan el desarrollo emocional y se preguntó sobre los nutrientes, en términos de crianza, que lo posibilitan.

En un texto denominado *El concepto de individuo sano* (Winnicott, 1967), describe **tres zonas** en las que “viven” las personas. De lo que suceda **en y entre** ellas podrá emerger el sentimiento de ser **uno mismo** y también, el reconocimiento de los otros.

Una de las zonas se refiere a **la vida en el mundo**, en donde las claves son las relaciones interpersonales y el manejo del ambiente no humano.

En segundo lugar, describe la **realidad psíquica personal**. Esta zona da cuenta de la riqueza interior de una persona, de su capacidad de crear ideas propias, fantasías, proyectos, sueños, experimentar emociones.

La tercera zona se refiere a la **experiencia cultural**. Se desarrolla a medida que se va creando una relación de intimidad entre el bebe y su madre (y/o cuidador primario). Sobre ese fondo se puede empezar a confiar y a construir un espacio intermedio, en el que se darán las condiciones mentales para vincularse consigo mismo y con los otros. Relacionado con ello, la **Salud implica un estado de madurez** acorde a la edad del individuo. Enfatiza que existe en el niño, desde el nacimiento y tal vez desde antes, un **impulso interior hacia el desarrollo**, **“fuerzas inmensamente intensas” que empujan hacia la vida**, tendencias innatas hacia la **integración de la personalidad, el crecimiento, la independencia**. Pero dado que ésta última nunca se logra de manera absoluta, la salud implica también **tolerancia de los aspectos dependientes que nunca dejan de existir y cierta capacidad de regresión momentánea a la dependencia** cuando sea necesario.

El siguiente párrafo despliega con claridad su pensamiento afirmando que ciertas tendencias del crecimiento de la personalidad se caracterizan por el hecho de que es posible discernirlas desde el principio mismo, aunque posiblemente nunca llegan a completarse. Se refirió a los siguientes hechos (Winnicott, 1967, p. 27):

- “(a) La integración, incluso la integración temporal.*
- (b) Lo que podría denominarse “residencia”: el logro de una relación estrecha y fácil entre la psique, por un lado, y por el otro el cuerpo y el funcionamiento corporal.*
- (c) El desarrollo de capacidad para establecer relaciones con los objetos a pesar de que, en un sentido, y en un sentido importante, el individuo es un fenómeno aislado y defiende este aislamiento a cualquier precio.*
- (d) Las tendencias que se revelan gradualmente en la salud, como la tendencia a la independencia..., la capacidad para sentir preocupación por el otro y culpa, la capacidad para amar a las mismas personas que gustan, y la capacidad para la felicidad en los momentos apropiados.”*

En lo que sigue consideraremos las bases de la salud mental en relación con dichas tendencias.

## Integración de la personalidad

*“La integración comienza al principio mismo de la vida, pero en nuestra labor jamás podemos darla por sentada. Tenemos que tenerla en cuenta y vigilar sus fluctuaciones.”* (Winnicott. 1967. P. 30). De este modo Winnicott sostiene que, partiendo de una no integración primaria, puede describirse una progresión infinita y constante de los procesos de integración a lo largo de la vida. Desde elementos motores y sensoriales, se van construyendo los rudimentos de una elaboración imaginativa del funcionamiento corporal y con ello se *“empieza a recoger experiencias que pueden calificarse de personales”*.

Para que ello pueda suceder, es necesario que el pequeño disponga de una persona que recoja sus “pedacitos” y que **sostenga** su propia tarea de auto integración. Traza así una posición fundamental; el hecho de que *“de nada sirve describir los bebés... como no sea en relación con la funcionalidad de la madre”*.

Piensa en la criatura como un *“ser inmaduro que en todo momento se halla al borde de una angustia inconcebible”* y plantea como básico para contrarrestar dicha angustia primitiva, el **valor de la experiencia**, en **contraste con las teorías que enfatizan la fantasía**. En coherencia con ello, destaca que el amor en estas etapas no puede eludir su expresión en términos físicos; pero esto debe ser hecho de modo tal que la madre, en el periodo de máxima dependencia para el bebé, pueda favorecer el desarrollo de **experiencias propias**, impidiendo una integración basada en reacciones a la intrusión, seducción o sometimiento pasivo al deseo de otro.

En el texto titulado *“La integración del Ego en el desarrollo del niño”* explicita lo que sigue:

*“Id (ello): No tiene sentido aplicar la palabra “Id” a fenómenos que no son amparados, catalogados, experimentados y finalmente interpretados por la funcionalidad del ego, ya que la criatura todavía no es una entidad que viva una experiencias”*. (Winnicott 1962, p.169)

Rodulfo contribuye a comprender estos conceptos, al destacar la diferencia que establece Winnicott con la teoría de la libido (Freud) desde el momento en que rehúsa hacer comenzar las cosas por el ello. **Ambos autores desestiman la idea de una pulsión anónima, de algún deseo instintivo pre subjetivo y pre relacional**, ya que no lo encuentra compatible con la noción de experiencia, ni tampoco como indicador de subjetividad. Rodulfo (2009, p.221) aclara que *“Sin esta capacidad incipiente de integrar experiencias, los arranques de lo corporal amenazan la subjetividad como ráfagas desarticuladoras e incomprensibles que fácilmente devienen persecutorias...”*. Este último autor continúa explicando que de este modo las conductas motoras, cognitivas, afectivas (buscar un objeto, sentir su forma, su



textura y su olor, sentir el impulso a agarrarlo y a jugar con él) no se suceden en el tiempo, en simbolizaciones parciales de mano - impulso a tomar algo - juguete, sino que *“la experiencia de agarrar haciendo juguete lo es porque... integra ‘mano y cuerpo propio’ en lo que indica esa partícula de ‘mi’”*.

Conceptos acordes con Winnicott, quien otorga más valor a una integración propia, aún frágil e inestable que otra sumamente firme basada en la obediencia al deseo ajeno.

Otro aspecto que le confiere originalidad al pensamiento Winnicottiano, es el reconocimiento de la presencia de un estado **de no integración**, indispensable para la salud. Se refiere a que *la integración nunca es completa ni para siempre, pero además que esa “no integración”* es, justamente, lo que posibilita que la persona  *siga abierta a los acontecimientos, a tener nuevas experiencias, a sentir que sigue viva*. Winnicott lo expresa como sigue *“En salud se necesita admitir periodos de desintegración en los periodos de descanso, distensión y ensoñación, sobre todo porque estos son los estados vinculados con el surgimiento una y otra vez del impulso creativo. Cuando la persona organiza una defensa contra este tipo de desintegración se despoja de la posibilidad de comunicarse con su vida creativa, con su impulso personal.”* (Winnicott 1967, p.32)

En relación a ello Rodulfo sugiere que **la integración no puede localizarse en un espacio opuesto al de la no integración**, sino que *“más le conviene a la relación entre ambas una imagen como la de la banda de Moebius o un concepto como el de espacio de inclusiones recíprocas acuñado por Sami Ali” ... Para Winnicott la “no integración” implica una posición subjetiva potencialmente abierta y sujeta a un ir y venir con estados más integrados, diferente a otras teorías que la entienden como un estadio primitivo a superar.”* (Rodulfo 2009, p. 230).

Se diferencia claramente de la **desintegración**, fenómeno que Winnicott considera una compleja defensa frente al caos y a las angustias inconcebibles. Se observa en patologías mentales severas, en las que irrumpe la angustia "psicótica" referida a la desintegración, caída interminable o sensación de desparramarse en todas las direcciones. También el temor a la locura, a un derrumbe siempre inminente expresan la apremiante necesidad de evitar la reaparición de estas vivencias. Un indicador clínico clave es el hecho de que *“La desintegración resulta temible, la no integración, no.”* (Winnicott, 1962, p. 185).

## **Residencia en el cuerpo**

Debido a la tendencia innata que presenta el bebé a la integración en el tiempo y en el espacio, puede emprender el enlace del cuerpo con sus funciones, estableciendo la piel como

membrana restrictiva. Winnicott (1962, p.175) llama a ello **“Personalización”** y explicita la siguiente secuencia:

- 1º *“yo” / todo lo demás no soy yo.*
- 2º *“yo soy, yo existo”, poseo una **interacción con el no yo**, la realidad compartida.*
- 3º *El hecho de que yo existo es visto o comprendido por alguien. Me es devuelta, (como la imagen de un rostro reflejado en el espejo) la evidencia necesaria para saber que he sido reconocido como ser. ”*

De acuerdo a esta secuencia, el **“Yo soy”** es un logro que posibilita la **integración psicosomática**. Sugiere que al pensar en el individuo en vías de desarrollo *“Al principio la psique y el soma no se distinguen más que desde la perspectiva del observador. Uno puede mirar el cuerpo en desarrollo o la psique igualmente en desarrollo.”* (Winnicott, 1988, p.145).

Winnicott también expresa lo siguiente refiriéndose a los inicios de la vida *“Supongo que aquí la palabra ‘psique’ se refiere a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas, es decir, al hecho de estar vivo”... “Gradualmente los procesos psíquicos y somáticos de la persona que va desarrollándose se ven envueltos en un proceso de mutua interrelación.”* (Winnicott, 1988, p. 221).

Para que se instale esta tendencia a una colaboración psicosomática es necesaria un estilo de **manipulación del bebe** que ayude a integrar la experiencia instintiva, a través de las repetidas y tranquilas experiencias del cuidado corporal. Ello podrá dar lugar a la instauración del sentimiento íntimo de que *“la persona de uno se halla en el propio cuerpo”*; sensación básica que **no** se puede dar por sentada “naturalmente”.

La siguiente cita de Winnicott (1988, p. 226) *‘Al principio hay soma, luego una psique que en la salud queda gradualmente anclada al soma; tarde o temprano aparece un tercer fenómeno llamado intelecto o mente’* fue comentada por André Green (1996), haciendo notar que *“el anclaje de la psique en el soma es secundario, se produce después del nacimiento de ésta como algo distinto del soma.”* Señala una **diferencia con Freud**, para quien todo comienza a partir del cuerpo, a través de su expresión psíquica primitiva: los instintos. Sin embargo, dice Green, Para Winnicott este acople se produce en un segundo tiempo. *“¿Cómo podemos imaginar una psique no enraizada en el cuerpo desde el comienzo? Sugiero que Winnicott implica que las dos series, psique y soma no están unidas al comienzo. Ellas tienen que efectuar esta tarea que no es dada sino que es un logro para la integración de la unidad psique-soma. En otras palabras, el niño tiene que tomar posesión de la resultante de la relación entre sí mismo y su madre. Supongo que la idea explica las diferentes disociaciones que pueden tener lugar, afectando la unidad psiquesoma.”*

Este pensamiento, marca una posición muy clara, en relación a fenómenos que no son “naturales” sino que debe generarse en el seno de una crianza humanizante.

Winnicott refiere que pueden verse fallos de esta tendencia a la integración, en sensaciones de despersonalización corrientes en niños y adultos que, sin configurar patología, delatan la ausencia transitoria del sentimiento de residir en el propio cuerpo; como cuando se dice “fulanito” está ausente, en ciertos momentos durante el sueño profundo o en algunos estados de postración.

Vinculado con lo anterior, Winnicott incursiona en el concepto de “continuidad existencial” expresando lo siguiente *“Supongamos que en el desarrollo precoz de un individuo, salud implica continuidad en el ser”*. (Winnicott, 1967, p. 31).

En este tema **continuidad** se refiere a que el bebé, al inicio de la vida tiene necesidad de una adaptación **absoluta** a sus necesidades, pero esta necesidad pronto se torna **relativa**, ya que el pequeño *comienza a utilizar su mente para comprender y tolerar las imperfecciones propias de la madre, en tanto ser vivo*. De modo que, según esta teoría, la mente tiene su origen en el funcionamiento variable del psique soma y en la naciente capacidad del bebe de hacerse cargo muy paulatinamente de los fallos en la adaptación del medio, de modo de evitar una falla en la continuidad existencial.

Se llega así a la **idea principal**: ciertos fallos sostenidos en la función materna, pueden favorecer de manera reactiva un crecimiento exagerado de la mente, de modo que el pensamiento del individuo empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psique soma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio.

**El uso del intelecto** en salud está asociado con la vida imaginativa y con la capacidad de comunicarse y estar en contacto con uno mismo y con el otro. Sin embargo, un intelecto eficaz o hasta superlativo no es tampoco sinónimo de salud. El mismo puede ser usado de manera escindida, cuando la capacidad intelectual toma a su cargo el sostén de la vida mental y emocional de la persona. El “pensar” se puede convertir en un sustituto de la comprensión y el cuidado que otros debían proporcionar. Estas personas pueden sentir como una amenaza permanente, el riesgo de un fallo en su intelecto asociado al temor al derrumbe.

Relacionado con ello puede verse que *“una característica de la esquizofrenia es la tenue conexión que existe entre la psique... y el cuerpo y sus funciones. La psique puede ausentarse del cuerpo durante largos periodos, y también proyectarse.”*(Winnicott, 1945, p. 218)

**La enfermedad psicósomática** es otra forma en la que puede manifestarse esta falta de integración y Winnicott encuentra en ella un aspecto positivo al decir que “Una cosa debe recordarse siempre respecto del trastorno psicósomático, y es que *“la parte física de la*

*enfermedad vuelve a meter a la enfermedad psicológica en el cuerpo. Esto tiene particular importancia como defensa contra la fuga en lo puramente intelectual, vale decir, la pérdida de la significación del psique- soma para el individuo.” (Winnicott, 1967, p. 35)*

### **Inicio de las relaciones objetales**

Para Winnicott la presentación objetal debe ser hecha de modo que el bebé experimente que **él crea al objeto**. Esto implica, también, que al crear al objeto, **está siendo, está comenzando a ser, él mismo**. Describe así la sutileza de esos momentos *“Es difícil encontrar las palabras precisas para describir este hecho simple, pero puede decirse que, en razón de la vivacidad del bebé y del desarrollo de su tensión instintiva, llega a esperar algo, y entonces se produce un querer alcanzar que pronto cobra la forma de un movimiento impulsivo de la mano o de la boca hacia un objeto presunto. Creo que no es inoportuno afirmar que el bebé está listo para ser creativo.... La motivación es su necesidad personal; asistimos a la **conversión gradual de la necesidad en deseo**”*. Continúa refiriéndose al papel que debe cumplir la madre para que esto pueda suceder satisfactoriamente *“La madre está esperando ser descubierta, y no precisa contar con una valoración intelectual del hecho de que tiene que ser creada por el bebé, de que tiene que desempeñar su parte y ser creada de nuevo por cada bebé.” (Winnicott 1951, p. 315)*

Winnicott expresa un audaz pensamiento en el seno del psicoanálisis, al decir que **“El ego inicia la relación objetal”** (Winnicott, 1962). Este pensamiento se enriquece aún más, con su formulación de **Objetos y Fenómenos transicionales** al afirmar que al ser humano le preocupa desde su nacimiento el problema de la relación entre lo que se percibe en forma objetiva y lo que se concibe de modo subjetivo y entiende que *“los fenómenos transicionales representan las primeras etapas del uso de la ilusión, sin las cuales no tiene sentido para el ser humano la idea de una relación con un objeto que otros perciben como exteriores a ese ser”*. Sucede que *“cuando la adaptación al bebé es lo bastante buena, produce en este la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear.... Hay una superposición entre lo que la madre propone y lo que el bebé puede concebir al respecto.” (Winnicott, 1951, p. 313).*

Siempre interesado en los fenómenos vinculados a la Salud, Winnicott considera que pasaría si **solo** se estuviera en contacto con el mundo interno o por el contrario, prevaleciera la realidad exterior sin que intervenga una tercera zona de experiencia *“...Para muchos individuos la realidad exterior es en alguna medida un fenómeno subjetivo. En el caso extremo, el individuo tiene alucinaciones en ciertos momentos específicos, o quizás en forma generalizada. Hay todo tipo de expresiones para este estado (“aturdido”, “volando por las*

*nubes”, “irreal”, “desenfocado”) y en psiquiatría llamamos esquizoides a estas personas.”...“Para equilibrar esto sería preciso afirmar que existen otros arraigados con tanta firmeza en la realidad percibida de manera objetiva, que son enfermos en el sentido contrario, es decir, en el de no tener contacto con el mundo subjetivo y con el enfoque creador de la realidad.” (Winnicott 1945, p. 203).*

La importancia de considerar una zona intermedia de experiencia implica que la tarea de aceptación de la realidad nunca finaliza y que, parte fundamental de la salud, consistirá en poder tolerar la tensión de vincular la vida en el mundo con la realidad psíquica personal. Para Winnicott el alivio de esta tensión lo proporciona esta zona transicional, que se inaugura en el juego del bebé, hasta arribar a la capacidad del adulto para abstraerse con las más diversas manifestaciones culturales como el arte, la religión y todo aquello que nos cobija y nos hace humanos. Destacamos que en esta teoría la **cultura aparece como un logro** y no solo como malestar.

Para que este espacio se constituya se destaca la necesidad de una **presencia no intrusiva**, que facilite el logro de una fusión inicial permitiendo que el bebé pueda empezar a ser el mismo, más allá de la dependencia absoluta en la que se encuentra. Una **madre que pueda jugar a no estar**, sin generar abandonos reales que impliquen una discontinuidad existencial, ausencias mayores a las que cada niño pueda tolerar.

De este modo la separación deja de ser ausencia, abandono, vacío y puede convertirse en una **no – presencia** de la que emerge la **capacidad para estar a solas**, un **magnífico indicador de madurez y salud emocional** y cuyas dificultades pueden comprobarse en las más diversas patologías como fobias, adicciones y tendencias a sometimientos de todo tipo.

Rodulfo se refiere esos temas como sigue *“La primera y gran condición preliminar a cualquier experiencia de soledad posible es el logro suficientemente seguro de la fusión, con lo que se contrapone a cualquier forma de oponer fusión y soledad, o simbiosis y soledad. La soledad se da en fusión, y a partir de ella avanza hacia formas progresivamente más refinadas pero que siempre la suponen como introyección realizada.”* (Rodulfo, 2009, p. 187).

**La tendencia a la independencia y la capacidad para sentir culpa y preocupación por el otro** Winnicott afirma que *“.... la salud que es inherente a la capacidad de deprimirse, dado que el humor depresivo está muy próximo a la capacidad de sentirse responsable, culpable, afligido, y de alegrarse plenamente cuando las cosas marchan bien. La depresión, por terrible que sea, debe respetarse como prueba de integración personal.”* (Winnicott, 1967, p. 25)

Cuando la integración ha dado lugar a la personalización, gracias a un primer trabajo de fusión entre el niño y la madre; se van generando las condiciones para la percatación de los impulsos amorosos y hostiles y con ello los sentimientos de culpa y de inquietud. Winnicott lo manifiesta al decir que *“Los impulsos instintivos conducen a un uso despiadado de los objetos, y de allí a un sentimiento de culpabilidad que es contenido y mitigado por la aportación a la «madre-medio ambiente» que la criatura es capaz de efectuar en el transcurso de unas pocas horas. Asimismo, la oportunidad de dar y reparar que ofrece esta madre por medio de su presencia estable permite que el bebé se muestre más y más audaz en su experimentación de los impulsos del id; en otros términos: da libertad a la vida instintiva del bebé. De este modo, la culpabilidad no se siente, sino que queda en suspenso, o en potencia, y se manifiesta (en forma de tristeza o de depresión) solamente si no se presenta la oportunidad de hacer una reparación.* (Winnicott, 1963, p. 95)

Estos conceptos sugieren que **la agresión constituye, en un sentido amplio y no reactivo, la apertura a la alteridad.**

Rodulfo coincide con ello al decir que *“Lejos de mitigar la violencia de un odio primitivo, el amor temprano la contiene, hasta que el paulatino instalamiento de alteridad la equilibra. El amor saquea, roba, vacía, hasta devora y destruye, aunque ésa no sea su intencionalidad....”* (Rodulfo, 2009, p. 140)

Destaca también (en el mismo texto), que el pensamiento de Winnicott advierte sobre *“...El peligro de una represión prematura que recaiga sobre la dimensión violenta del amor, que opere al modo de una depresión psicótica, dañando la espontaneidad y la intensidad, y produciendo la inhibición masiva de la motilidad del bebé. El efecto desbastador que esto puede tener sobre el desarrollo ulterior del psiquismo, en lo que concierne a su capacidad de amar, es de largo alcance, al lesionar aspectos como la preocupación por el otro y por las consecuencias de su acción, que son transformaciones del agresivo despliegue del amor más temprano...”*

Para que este inmenso trabajo de entramado de la violencia con lo erótico de lugar al reconocimiento de la alteridad se necesita que *“dentro de una experiencia de fusión”* el otro no se deje tratar solo como objeto subjetivo y que oponga resistencia a una manipulación sin límites.

Pelento (1985), coincide con lo antes expuesto al decir que para Winnicott *“Si la experiencia de ilusión es imprescindible para que el bebé configure el objeto subjetivo, la experiencia de desilusión es imprescindible para la estructuración del mundo externo.”*

Si esta desilusión se produce de manera **paulatina y no vengativa**, se obtienen los elementos constructivos que resultan fundamentales en el juego y el trabajo, destacando que

esto es inmensamente importante para la salud, ya que **abre los destinos propiamente “sociales” de la agresión como dar, construir, reparar, explorar, investigar,** contribuciones a la humanidad que no pasan por la represión de la agresión sino por su reconocimiento e integración a procesos creativos.

Ello conduce a dos cuestiones fundamentales; una a trazar la **diferencia entre agresión** como motilidad espontánea o vehemencia y agresión como **respuesta reactiva** a una situación que excede las posibilidades del self; la otra se refiere a que muchos fenómenos de **ambivalencia** no oscilan entre amor y odio sino **entre amor y desamor**, como cuando una madre con depresión desinviste al hijo.

Las expresiones previas son también coincidentes con lo expresado por Green (1996) cuando se refirió al trabajo de Winnicott diciendo que *“Allí muestra que la agresión puede tener lugar simplemente decaectizando la existencia del objeto, sin “derramamiento de sangre.”*

Otro tópico valioso como criterio de Salud, desarrollado por Winnicott y vinculado con el tema de la alteridad y la tendencia a la independencia, es el Falso y Verdadero Self (Winnicott, 1967). Se refiere al delicado equilibrio que se establece entre las medidas protectoras que son necesarias para vivir en sociedad y al desarrollo **del ser** y el **sentido** de la propia vida. El Falso Self en salud, está al servicio de brindar la facilitación necesaria para vincularse con otros, permitiendo que el Verdadero Self siga siendo y creciendo en una continua metamorfosis. Cuando se produce una rígida oposición entre ambos o cuando un aspecto domina al otro podemos considerarlo como un indicador de psicopatología.

#### **Síntesis.**

Las diversas, sutiles y originales maneras en las que Winnicott se refiere a la Salud a lo largo de toda su obra, permite acercarse a la complejidad de ese concepto.

Resalta que Salud **Mental no es una emergencia natural**, sino que **se va construyendo** desde etapas muy tempranas de la vida, pone de manifiesto que **el mundo debe ser recreado por cada uno** para que tenga sentido; que para ello es necesario una **fusión inicial** de la que paradójicamente emergerá la posibilidad de estar a solas y lograr una relativa independencia. Destaca que Salud no es solo Salud Mental o Física, sino que implica una **integración del Psique-Soma** y que el **intelecto** puede o no estar al servicio de un desarrollo saludable o no. Por todo lo anterior, Winnicott apunta que **Salud y Enfermedad no son compartimientos estancos** ya que se encuentran tendencias saludables en personas que por otra parte pueden estar muy enfermas y patologías en ausencia de algún tipo de síntoma manifiesto.

### 2.3. DANIEL STERN

Los estudios de Daniel Stern (1985,1991, 2005, 2010) han generado un cambio de paradigmas en la comprensión del desarrollo mental en la infancia al pasar de una visión Patográfica y Adultomórfica, a una perspectiva basada en la construcción saludable de la mente del bebé y del niño pequeño a partir de lo intersubjetivo/relacional.

Uno de los conceptos principales que desarrolla Stern (1985), el “**Sentido de Sí Mismo y del otro**”, emerge de la **observación del comportamiento interpersonal** desde el nacimiento, junto a **inferencias en relación a las experiencias intrapsíquicas** que los acompañan.

Stern explica que como adultos tenemos un sentido muy real del Sí- Mismo que impregna cotidianamente la experiencia social. Es un fenómeno que aparece de formas múltiples permitiendo experimentar lo siguiente:

- Un cuerpo único, distinto, integrado
- El agente de las propias acciones
- El experimentador de los sentimientos
- El que se propone intenciones
- El arquitecto de planes
- El que traspone la experiencia al lenguaje
- El que comunica y participa el conocimiento personal

Por lo general, estos sentidos de Sí Mismo, están fuera de la percatación consciente, pero pueden ser llevados a la consciencia y mantenidos en ella. Ello implica que **procesamos nuestras experiencias** de un modo tal que parecen pertenecer a algún tipo de **organización subjetiva única** que denominamos **sentido de Sí Mismo**. A su vez, el modo en que **nos experimentamos en relación con los otros**, proporciona una **perspectiva organizadora básica** para todos los acontecimientos interpersonales.

A esto se añade que algunos sentidos del Sí-Mismo empiezan a formarse en el nacimiento (si no antes), de modo que existen desde mucho antes que la auto -percatación y el lenguaje, mientras que otros sentidos requieren la maduración de capacidades de aparición ulterior, pero todos implican ciertas **continuidades y cambios en el desarrollo de algo que existe en alguna forma desde el nacimiento hasta la muerte**.

De este modo, Stern (1991) describe cuatro sentidos diferenciados del sí mismo - emergente, nuclear, intersubjetivo y verbal- no como fases sucesivas que se remplazan unas a otras, sino como **patrones constantes de percatación de la experiencia** que siguen activos toda la vida, creciendo y coexistiendo simultáneamente.



A mi entender estos conceptos, constituyen un **referente privilegiado** para abordar distintas capacidades y dimensiones ligadas a la salud, como la de ser agente de las propias acciones, regular las emociones, estar a solas y con otros, desarrollar el sentido de la intimidad.

### **El sí mismo emergente (0- 2 meses)**

Basándose en investigaciones sobre las **competencias perceptivas innatas**, Stern reconoce que el bebe construye activamente un sentido del sí mismo emergente, mientras se encuentra en estados de alerta silenciosa, físicamente inmóvil y en conexión sensorial con el ambiente. El ser humano se halla equipado cerebralmente desde el nacimiento con **cualidades globales para la experiencia perceptiva**- formas, intensidades y pautas temporales - que permiten una **unificación de los sentidos (percepción amodal)** y también **distinguir** un estímulo perceptivo de otro. De modo que al bebe no le cuesta desplegar y desarrollar las **estrategias atencionales** para las que viene **innatamente preparado**, en el conjunto de estímulos que le proveen las **experiencias relacionales** cuerpo a cuerpo con los adultos.

En este **dominio de relacionamiento** se **constituyen afectos** en base a sus cualidades **energéticas**, mejor descritas en términos dinámicos o cinéticos de manera que el **mundo social experimentado por el bebe durante los dos primeros meses de vida** se manifiesta en un mundo de afectos de activación/desactivación, de placer/ displacer, de vitalidad / desfallecimiento, de irrupciones – cólera/alegría, en secuencias aceleradas de representaciones o en cadencias acompasadas con estados de quietud.

Este dominio, como los dos siguientes que emergen previos al dominio verbal, es **pre reflexivo** ya que **solo requiere de la percatación directa del sujeto**, es decir, sin que sea condición que se pueda advertir ni meditar sobre la experiencia.

En contrapartida, los padres actúan al mismo tiempo de dos maneras:

- **Regulador Fisiológico Externo.** Pasan gran parte del día regulando y estabilizando los ciclos de sueño-vigilia, día -noche, hambre-saciedad; y
- **Personas con Experiencias Subjetivas Complejas.** Acompañan de miradas, cantos, muecas, de una **forma, intensidad y ritmo determinado** en el contacto, en la voz, en la caricia, abriendo canales de comunicación con **cualidades vitales distintas**.

**Comienza cierta organización psíquica en el bebé, que se encuentra conectado de forma intermitente y preferencial** con los estímulos senso-perceptivos del **ambiente humano** que lo rodea, surgiendo ciertas **islas de consistencia**, es decir, **experiencias separadas de exquisita claridad y vividez**.

La falta de relación entre estas experiencias no se advertiría (a diferencia de las sensaciones de fragmentación que pueden aparecer en el adulto) y en el momento en que se vinculan contribuyen a constituir un patrón emergente. Basado en lo anterior Stern sugiere que el bebe experimenta tanto **el proceso de la percepción** como el de la **organización** que **emerge como resultado**, a lo que llama **Sí Mismo emergente**.

Como se anticipara, Stern (1991, p. 57) refiere este dominio de relacionamiento sigue vigente toda la vida *“Este mundo subjetivo y global de la organización emergente es y persiste como el dominio fundamental de la subjetividad humana. Opera a partir de la percepción como matriz experiencial de la que más tarde surgirán los pensamientos, las formas percibidas, los actos identificables y los sentimientos verbalizados. También actúa como fuente de las fluyentes evaluaciones afectivas de los acontecimientos. Finalmente, es el reservorio fundamental en el que puede abrevarse toda experiencia creativa.”*

### **El sí mismo nuclear y el otro como objeto físico (2-6/7 meses)**

Se refiere al sentido del Sí Mismo como del otro humano en términos de **entidad física, de unidad objetiva**. Se remarca la **naturaleza sensorial de la discriminación** que se genera a través de cada una de las experiencias del cuerpo a cuerpo de la crianza, de la regularidad de las rutinas y la estabilidad de la figura de apego. Desde esta perspectiva **el sí mismo nuclear se va constituyendo simultáneamente con el sentido del otro**.

El sentido del sí mismo nuclear **no es un contenido cognitivo**, sino una **integración experiencial** de las **invariantes** del sí mismo y es anterior al momento de la constitución del otro y del Sí Mismo en términos de semejante subjetivo.

### ***Invariantes del Sí Mismo Nuclear***

La motivación instintiva para **ordenar el propio universo** es un **imperativo de la vida mental** y el infante tiene la posibilidad de hacerlo, en gran parte mediante la identificación de las invariantes (lo que no cambia frente a lo que cambia). Ello constituye las llamadas **islas de consistencia**, las que gradualmente proporcionan organización a la experiencia. Las cuatro invariantes que contribuyen a organizar el dominio del **sí- mismo nuclear** son:

- a. **La agencia del sí mismo**, en el sentido de ser agente o autor de las propias acciones y no autor de las acciones de los otros; supone tener **volición, control de la acción generada por el propio sujeto** (mis brazos se mueven cuando yo quiero que lo hagan pero no ocurre lo mismo con los brazos de los otros) y esperar las **consecuencias de la**

**propia acción** (cuando cierro los ojos todo se pone oscuro). De tal modo el bebe puede experimentar:

- *acciones ejecutadas por su deseo o voluntad*: llevarse el pulgar a la boca
- *la acción por la voluntad de otro*: cuando la madre le pone el chupete en la boca
- *la acción propia por la voluntad de otro*: cuando la madre toma sus manitas y juega a “hacer tortitas”

b. **La coherencia del Sí Mismo**, que es tener un sentido de ser **un todo físico no fragmentado**, con límites y un lugar de acción integrada, durante el movimiento o conducta y la quietud. Puede observarse en

- **La sincronía del sí mismo y del otro**, que se refiere a que las partes separadas del propio cuerpo – extremidades, tronco y rostro- se mueven juntas sincrónicamente, tienen una determinada pauta temporal común, mientras que las que emanan del otro tienen una estructura temporal distinta.

- **Discriminación a través de las cualidades globales de la experiencia perceptiva** (forma, intensidad y ritmo) que permite que el infante distinga, por ejemplo, la intensidad de la prensión de un adulto con respecto a otro.

c. **La afectividad del Sí Mismo**, es decir, experimentar **cualidades interiores** pautadas de sentimiento -afecto- que tienen que ver con otras experiencias del sí mismo:

- Aunque las emociones puedan ser promovidas por otros, – mamá papá, abuelos, hermanos- **la cualidad subjetiva del sentimiento sigue siendo la experiencia invariante**: cada bebe reconoce la forma de experimentar sus afectos y ello se manifiesta en su rostro, en el perfil de activación y en la cualidad del sentimiento subjetivo.

- Los afectos son excelentes invariantes del sí mismo, en los diversos contextos y con los distintos otros de la interacción, tanto para los **afectos categoría** (alegría, enojo, miedo, etc.) como para los **afectos de vitalidad** (intensidad y activación). La forma de experimentar los afectos sigue siendo una manera privilegiada en la que el adulto se reconoce a sí mismo, por ejemplo cuando se afirma “*no era yo cuando reaccioné de tal manera*”, “*no me reconocí cuando sentí tal o cual cosa*”.

d. **La historia del Sí Mismo**, esto es el sentido de perdurar, de una continuidad con el propio pasado, de modo que **uno “sigue siendo”** y puede incluso **cambiar sin dejar de ser el mismo**.

La capacidad del infante necesaria para **transformar una interacción en una relación** es la memoria. Stern presenta evidencias de que el infante de dos a siete meses tiene

una “memoria motriz” para las experiencias de agencia, una “memoria perceptiva” para las experiencias de coherencia, y una “memoria afectiva” para las experiencias afectivas.<sup>3</sup> Ello es de suma importancia, ya que implica que el **recuerdo por indicios de la experiencia afectiva, así como de la experiencia motriz, no parece tener que aguardar el desarrollo de vehículos codificadores lingüísticos.**

Los recuerdos aseguran la continuidad del sí mismo en el tiempo ya que la **memoria es un sistema o proceso que permite integrar** los diversos rasgos de la experiencia vivida. La **unidad mnémica básica es el episodio**, un trozo pequeño pero coherente, constituido por sensaciones, acciones, pensamientos, afectos y metas. El episodio parece entrar en la memoria como una unidad indivisible, como un todo. Cuando un episodio específico se repite varias veces es generalizado en forma de una **expectativa individualizada personal** acerca de cómo es probable que sucedan las cosas momento a momento.<sup>4</sup> Stern denomina a esto **Representaciones Interactivas Generalizadas (RIG)** y las considera estructuras flexibles que promedian varios casos reales y forman un prototipo que representa a todos los episodios similares (baño, alimentación, juego, etc.). Ellos configuran las **unidades básicas para la representación del Sí Mismo nuclear y del otro nuclear.**

En esta concepción, **las experiencias de estar con otro se consideran procesos activos de integración** en donde **el otro se convierte en un regulador del sí mismo** en relación al nivel de activación, la intensidad y las categorías del afecto, la seguridad o el apego, la atención, la curiosidad y el compromiso cognitivo con el mundo. Esto implica que los otros regulan las experiencias que tiene el infante de su estado somático, la satisfacción del hambre y el pasaje de la fatiga de vigilia al sueño. En todas estas regulaciones hay involucrado un **cambio dramático del estado** neurofisiológico que son vividas por el bebe como transformaciones conmovedoras del estado del sí mismo que requieren la mediación del otro. Las representaciones importantes son forjadas más por la **manera en la que estos actos se realizan**, que por el acto en sí.

---

<sup>3</sup> La memoria motriz es uno de los rasgos más obvios de la maduración del bebé, y se refiere a los recuerdos que residen en las pautas musculares voluntarias y su maduración (sentarse, chuparse el pulgar, andar); la memoria de reconocimiento perceptiva parece operar desde antes del nacimiento (reconocimiento de tonos y pautas auditivas escuchadas por el feto) y desde muy precozmente con el reconocimiento del olor de la leche materna y de su rostro. También hay evidencias de que el bebe puede recordar las situaciones específicas que suscitan las experiencias afectivas desde los primeros días de vida.

<sup>4</sup> Por ejemplo, bebe chapoteando en el agua: ver el agua, ser sumergido, el placer de la tibieza, ser lavado, mirar el rostro de la madre, placer de ambos que acompañan el chapoteo y las palabras dichas, en los próximos baños el bebe lo reconocerá y empezará a dar forma a un episodio “baño caliente generalizado”.

Siempre que se activa una RIG de estar con alguien que ha cambiado la experiencia de sí mismo, el infante encuentra un compañero evocado, cuya función es evaluar la experiencia interactiva en curso, agregando otra dimensión a la experiencia. Estos compañeros evocados también se recuperan en ausencia del otro, haciendo que pocas veces el infante este solo, ya que interactúa con compañeros reales parte del tiempo y con compañeros evocados casi constantemente.

*En síntesis*, todos los acontecimientos que regulan la proximidad física y la seguridad del apego, la regulación neurofisiológica y de los afectos, la atención y el interés por el mundo exterior son **experiencias creadas y vividas en reciprocidad**: abrazar y acomodarse en un cuerpo cálido y ser abrazado; mirar a los ojos de otros y ser mirado por ellos, aferrar a otro y ser aferrado; objetivamente son **una creación mutua**, un fenómeno sí mismo/otro.

Sin embargo, aunque la experiencia del sí mismo depende sin duda de la presencia y la acción del otro, sigue perteneciendo enteramente al sí mismo.

### **El sentido de un sí mismo y de otro subjetivo (6 a 9 meses)**

Aproximadamente a partir de los 6 meses se instala la capacidad para el **descubrimiento de la mente propia y de la ajena**. Este cambio le otorga al infante una nueva presencia, un modo distinto de ser sentido por los adultos. El relacionamiento intersubjetivo transforma el mundo interpersonal, pero el relacionamiento nuclear continua, la intersubjetividad no lo desplaza, sino que ambos coexisten e interactúan, de modo que cada dominio afecta la experiencia del otro.

En esta etapa, por primera vez, se le puede atribuir al infante una capacidad para la intimidad psíquica, además de la física. **Es tan grande el deseo de conocer y de ser conocido que puede sentirse como una necesidad imperiosa**, así como también se puede experimentar con intensidad el rechazo a ser conocido psíquicamente.

Con la llegada de la intersubjetividad, la **socialización de la experiencia subjetiva** del infante pasa a ser la cuestión principal para los padres ¿hay que compartir las experiencias subjetivas? ¿Cuáles son las consecuencias por compartir o por no compartir?

Lo que en última instancia está en juego no es nada menos que **descubrir que parte del mundo privado de la experiencia interior es compartible**, y que parte cae **fuera de los límites de las experiencias humanas reconocidas en común**. En un extremo está la pertenencia psíquica al grupo humano; en el otro, el aislamiento mental.

La aparición de la intersubjetividad se evidencia los siguientes indicadores:

#### ***a. Compartir el foco de atención***

El gesto de **señalar** y el acto de **seguir la línea de visión del adulto**, son las experiencias que permiten hacer inferencias sobre como **comienza el contacto mente a mente**.

Cuando el adulto señala algo, el bebe tiene que dejar de mirar la mano o el rostro de la madre y dirigir la mirada en la dirección que se le indica. Se observa que los bebes no solo siguen la dirección señalada, sino que, después de alcanzar el blanco, se vuelven a mirar a la madre. Esto ya es más que un proceso de descubrimiento, es un **intento deliberado tendiente a validar** el hecho de que **se ha logrado la atención conjunta**, que el foco se está compartiendo. A su vez, el mismo infante comienza a señalar y cuando lo hace su mirada pasa del objeto señalado al rostro de la madre para ver si la madre está atenta y se ha unido y comparte ese interés con él.

#### *b. Compartir intenciones o deseos*

La madre sostiene una galletita en sus manos, el bebe tiende la mano, hace movimientos de aferrar con su mano, mira una y otra vez a la mano y el rostro de la madre, vocaliza ¡jeh! ¡jeh! en tono imperativo.

Es una experiencia de interacción en donde **el bebe reconoce algo más que una entidad física**, el bebe **tiene una intención, un deseo**, quiere la galleta, y además **está atribuyendo a otro la capacidad de dársela**. Empieza a evidenciarse una cierta **complicidad a través de la mirada**.

La ausencia de estos comportamientos de señalar y de buscar compartir el foco de atención con el adulto, es decir, de estar comunicados de esta manera subjetiva **orienta a la detección precoz de autismo nuclear**.

#### *c. Compartir estados afectivos*

Estudios experimentales evidencian que el bebé de más o menos nueve meses advierte la **congruencia entre su propio estado afectivo y la expresión de afecto percibido en el rostro de otro**, fenómeno al que se denomina **inter-afectividad**. Esta podría ser la forma inicial de compartir experiencias intersubjetivas.

Un fenómeno denominado “referencia social”, consiste en colocar a niños de un año, en una situación que les provoca incertidumbre entre alejarse o acercarse: tentados con un juguete atractivo, tienen que atravesar un aparente declive en la superficie del suelo (precipicio visual). Cuando el bebe se encuentra en el borde mira a la madre como para leer en su rostro alguna señal afectiva. Si la madre le sonríe y demuestra placer el niño cruza el precipicio visual, si la madre muestra miedo facial, el bebe se retira y tal vez quede agitado. Ello demuestra que el pequeño **le atribuye** la capacidad de tener y de dar la señal de un afecto importante para sus propios estados emocionales.

Esto puede considerarse como una ilustración experimental de cómo el niño comparte estados afectivos y la función crucial que desempeña la figura de apego en la organización del juicio de realidad del infante. El **bebe necesita validar su experiencia por medio del adulto**. Si la madre sonríe el niño avanza, si se muestra atemorizada, el niño se vuelve atrás.

**Síntesis de las múltiples funciones que se cumplen a partir de la instalación del contacto mente a mente.**

- El niño **lee en el rostro de la madre** a partir de la **capacidad predeterminada** para **reconocer los estados afectivos** por medio de los **gestos faciales**.
- El **adulto implanta significados** que ordenan el mundo del infante en **amenazante o seguro** y configura **estados afectivos de temor o confianza**.
- El niño **busca protección e instrucciones para la acción**, ya que reconoce al adulto como figura protectora.
- Se trata de una **experiencia del sí mismo**, ya que **es el bebe el que tiene la motivación** de explorar, pero sobre la **base de un apego** que crea las condiciones para sentirse seguro.
- El adulto **valida y afirma la experiencia del sí mismo**.
- En cuanto se ha vivido la experiencia del **contacto subjetivo**, éste es un motor y un reforzador poderosísimo de otras motivaciones como la del apego y de la posibilidad de mantener la proximidad al adulto, ahora agregando otra dimensión a la cercanía física como es el **descubrir y compartir sus deseos**.

***Concepto y Fenómenos de Entonamiento***

El proceso de compartir el foco de atención y los estados afectivos son los puntos relevantes de la dimensión intersubjetiva de las relaciones humanas y el adulto debe contribuir para el desarrollo de esta capacidad innata del niño para el contacto mente a mente.

Para que haya un intercambio intersubjetivo acerca de los afectos, tienen que producirse varios procesos: primero **el progenitor tiene que poder leer el estado afectivo del infante** y luego debe poner en ejecución alguna **conducta que no sea una imitación** estricta, a continuación el infante tiene que poder ver esa respuesta parental correspondiente como teniendo que ver con su propia respuesta emocional original, y no como mera imitación.

**A diferencia de la empatía, que es un proceso predominantemente cognitivo, en el caso del entonamiento se trata de una transacción eminentemente emocional y se produce generalmente sin percatación consciente.**

El concepto de “entonamiento” se define en base a dos dimensiones:

- la respuesta **en otra modalidad sensorial**- el niño exclama y la madre eleva los hombros, es decir, que el apareamiento es transmodal.<sup>5</sup>

- y la **intensidad del afecto de la madre**, que se modula para contribuir a la regulación del afecto del niño.

Esto puede verse cuando un niño mayor ya, mucho más excitado que un bebé, corre y salta para pedir algo, el adulto le dice que sabe que tiene muchas ganas y que bien que quiera conseguirlo, pero con voz calmada le recuerda lo que hay que hacer para conseguirlo. El adulto tiene una respuesta empática (está atento y responde a las solicitudes del niño con afectividad y reconoce y valida la apetencia del niño) pero hace algo más; entona la afectividad del niño.

Esto quiere decir que hace un acompañamiento afectivo, que **trata de modular la expresión**; si esta es demasiado estridente se tiende a una intensidad menor y si es en tono inhibido el adulto puede tender hacia su estimulación.

**No es sintonía**, dado que ello apunta a una coincidencia total, en cambio en el entonamiento adecuado puede consistir en desentonar en la intensidad y en la modalidad expresiva.

El fenómeno de entonamiento tiene suma importancia no sólo en torno a los afectos categoría (enojo, alegría, rabia, tristeza, etc.), sino sobre todo con los afectos de vitalidad, es decir con las cualidades cinéticas, dinámicas de los sentimientos. Dado que ellos se manifiestan en todas las conductas, **el entonamiento con los afectos de la vitalidad le permite a un ser humano “estar con otro”** en el sentido de compartir ininterrumpidamente sus experiencias interiores.

Un aspecto de máximo valor es que el entonamiento contribuirá a que un niño llegue a **reconocer que los estados emocionales internos son formas de experiencia humana compartibles con otros seres humanos.**

### ***Compartiendo significados. La inter –fantasía***

¿Cómo es que los significados – las fantasías- de los adultos entran en la vida psíquica del bebé? Es el adulto quién, atribuyendo significado a todas las experiencias del bebé, aporta el componente **semántico** de la experiencia. Pero **no** se trata de una transmisión **isomórfica** como una fotocopia en el niño del original del adulto; sino que el infante recibe un estado emocional o un mensaje que a su vez es metabolizado en su psique de acuerdo con las

---

<sup>5</sup>“Una niña de nueve meses se excita mucho con un juguete y tiende la mano para tomarlo. Cuando lo hace, emite un exuberante ‘¡aaah!’, y mira a la madre. Esta le devuelve la mirada, junta los hombros y emprende un extraordinario shimmy [mover los hombros y caderas con emotividad] con la parte superior de cuerpo, como una bailarina de discoteca. El baile dura lo mismo que el ‘¡aaah!’ de la niña, y es igualmente excitado, gozoso e intenso” (Stern, 1991, p. 227)



capacidades cognitivas y con relación al significado que el infante le atribuya. El concepto de “**metábola**” da cuenta del proceso de digestión/traducción que se opera en el interior del niño.

### **El sí mismo verbal (15 a 18 meses)**

En la época en que los bebés empiezan a hablar, ya han adquirido un considerable conocimiento del mundo, no solo de cómo funcionan las cosas inanimadas y de cómo funcionan sus propios cuerpos, sino también sobre cómo se producen las interacciones sociales. Durante algún tiempo se acumula “allí dentro” un rico conocimiento experiencial, el cual de algún modo (no totalmente) se ensamblará con el lenguaje.

Con el desarrollo de las capacidades semióticas, el infante comprende y adquiere el lenguaje, lo que multiplica sus modalidades de relación y de funcionamiento mental, e introduce una nueva perspectiva organizadora del sí mismo y del otro.

El lenguaje es lo que **nos hace definitivamente humanos** e introduce una **cuña** entre **dos formas simultáneas** de la **experiencia interpersonal**: **la vivida y la representada verbalmente**.

El dominio de la experiencia verbal se caracteriza por lo siguiente:

- *Comienza la infinita tarea de la **construcción de significados compartidos** y la creación de experiencias mutuas de significados desconocidos con anterioridad y que no existirían de no recibir forma verbal.*

Actúa en cierto sentido **como los Fenómenos Transicionales** propuestos por Winnicott, dado que la palabra, aunque es dada por la madre, en cierto sentido es “descubierta” o “creada” por el infante, en cuanto el pensamiento o conocimiento ya está en la mente, listo para vincularse con ella. En este sentido, el lenguaje es una experiencia de unión, que permite un nuevo nivel de relacionamiento mental a través del significado compartido, de modo que en última instancia pertenecen al **nosotros**.

- *Genera aptitudes para **objetivar al sí mismo** y para la **auto – reflexión**.*

Solo con la llegada del lenguaje se genera la capacidad para **narrar la propia vida y reflexionar sobre ella**. Puede advertirse los potenciales que tiene para generar cambios en los modos **en los que uno se ve a sí mismo**, y esto parece involucrar un **pensamiento que es distinto** de la resolución de problemas o de la descripción pura.

- *Se puede **abarcarse muy parcialmente el relacionamiento emergente, nuclear e intersubjetivo** que permanecen independientes al lenguaje.* Esto quiere significar que la adquisición de la **palabra no elimina el componente experiencial** en los adultos, y que siempre queda una porción de la vivencia sin registrar en términos simbólicos

además si se pretende que solo el relacionamiento verbal ha ocurrido, los otros dominios sufren una alienación.

- *El lenguaje introduce la **posibilidad de relaciones más convencionales** a nivel impersonal, abstracto, simbólico y aleja el nivel de intimidad corporal, inmediato, propio de otros dominios.*

- *El lenguaje permite **mantener un canal de ocultamiento, de negación, de cierto espacio de experiencia en el cual no se es responsable.***

- *“La **falta de claridad o de carácter discreto en la señal de la entonación no es una limitación infortunada de ese canal, sino un aspecto suyo esencial e importante. Los hablantes necesitan una forma negable de comunicación. Les resulta ventajoso expresar hostilidad, cuestionar la autoridad y la competencia de los otros, o expresar amistosidad o afecto de un modo que pueda negarse si se los tiene por explícitamente responsables de lo expresado.**” (Stern, 1991, p. 200)* Abre la senda para la organización del **inconsciente dinámico** descrito por Freud.

- Si bien la palabra nos permite construir un relato de nuestra vida y del mundo, se torna una espada de doble filo al tener que **expresar la singularidad por medio de un vehículo colectivo**. Piénsese para ello en los múltiples significados que puede tener la expresión “*te quiero*”.

- De este modo se perfilan a partir del Sí Mismo verbal las dos siguientes líneas de desarrollo

**Capacidad semiótica**, que permite introducirse en el mundo de los símbolos y que va a propicia el desdoblamiento para que el Sí Mismo se convierta en objeto de reflexión, **Lenguaje** como problema para la integración de la experiencia del Sí Mismo y la experiencia del Sí Mismo con el otro.

## **Consideraciones preliminares emergentes de la revisión analítica de los sentidos del sí mismo y su vinculación con la Salud Mental**

### ***Dominios de Relacionamiento Saludable durante toda la Vida***

Como se explicita más arriba, los sentidos del sí mismo son considerados **dominios de relacionamiento** que se desarrollan sucesivamente y **todos siguen activos durante el desarrollo, ninguno de ellos queda atrás, ninguno se vuelve obsoleto o se atrofia**. Y en

cuanto se tiene acceso a todos los dominios, **no hay seguridad de que uno necesariamente prepondere en un particular período de edad.** <sup>6</sup>

Esta perspectiva, configura una importante diferencia con la teoría freudiana que propone, como guía del desarrollo psíquico las fases de la libido - oral, anal, fálica y genital-, cada una de las cuales debe ser superada e integrada por las otras. Además, cada una de dichas fases, representa características específicas de ciertos **rasgos clínicos** tales como la indiferenciación yo no- yo **versus** el reconocimiento objetal, el predominio del principio del placer **versus** el principio de realidad, la autonomía **versus** la independencia, o la pasividad **versus** la actividad. Por eso al mismo tiempo son consideradas el soporte para el desarrollo de patologías específicas producto de la fijación y/o regresión a dichas fases (esquizofrenia y otras psicosis a la fase oral, neurosis obsesiva a la fase anal, neurosis fóbica e histérica a la fase fálica).

**En la concepción de Stern, dichos rasgos clínicos se van negociando durante toda la vida y su expresión no es necesariamente opositiva (versus), ni tampoco los correlaciona con patologías específicas.**

### ***Inter subjetividad como organizador - ineludible - del psiquismo.***

El enfoque propuesto por Daniel Stern permite integrar la comprensión de Teórica y Clínica el desarrollo. Trabaja en la interface entre la investigación y la práctica, entre el desarrollo psicológico y la psicoterapia psicodinámica, entre la observación del bebé y la experimentación y la reconstrucción clínica de la experiencia precoz y tiende a **la interrelación entre perspectivas intra- personales e inter- psíquicas.**

### **Síntesis**

El estudio de los sentidos del sí mismo pone en evidencia los aspectos saludables del desarrollo. Marca una gran diferencia con otras teorías al ocuparse de las inhibiciones, patologías o trastornos como perturbaciones de la Salud y no como modos príncipes de funcionamiento mental.

---

<sup>6</sup> Stern (1991, p. 46) ilustra la simultaneidad de sentidos del sí mismo con una experiencia de la vida adulta: “un *hecho interpersonal* significativo, “*hacer el amor*”, compromete el sí mismo nuclear en tanto entidades físicas discretas ya que involucra movimientos con sentido de la agencia, voluntad, coherencias y afectividad; también envuelve el sí mismo intersubjetivo en tanto experiencia de sentir los deseos e intenciones del otro, así como estados recíprocos de excitación cambiante. Asimismo el sí mismo verbal puede verse involucrado: si uno de los amantes dice por vez primera “te amo”, dichas palabras, al expresar lo que está ocurriendo en los otros dominios, tal vez introduzcan una nota enteramente nueva sobre la relación de pareja. El relacionamiento emergente, más difícil de verbalizar, se puede advertir cuando uno puede ‘perderse’ en el color de los ojos del otro, como si recién se los descubriera y estuviera al margen de cualquier red organizadora más amplia.”

## 2.4. HUGO BLEICHMAR – EMILCE DIO BLEICHMAR

### Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional

Este enfoque se basa en modelos del desarrollo que tienen en cuenta los procedimientos relacionales actuados tempranos (*enactment*) que evolucionan en paralelo a los niveles simbólicos y reflexivos a todo lo largo del ciclo vital y que conducen al planteamiento de un inconsciente bipersonal (Stern, 1999; Lyons-Ruth, 2000).

Hugo Bleichmar (2001) destaca dos aspectos fundamentales:

- Reconocimiento de **varios y distintos sistemas motivacionales** (narcisismo, sexual/sensual, apego, regulación emocional y otros) de origen y funcionamiento en paralelo a lo largo del ciclo vital, así como también con estrechas y sucesivas articulaciones de las cuales **emergen transformaciones que generan nuevas dimensiones** del psiquismo. Además entiende a cada uno de los sistemas motivacionales como heterogéneos y organizados en subsistemas que dan origen a dominancias, a sinergias o a antagonismos entre los mismos.
- Acuerdo en que la **intersubjetividad** se ha estabilizado como **paradigma del origen y estructuración psíquica** a partir de los hallazgos de las investigaciones sobre la relación temprana entre la figura parental y el niño, de las investigaciones longitudinales sobre la transmisión inter-generacional y prospectiva sobre el apego, y de los trabajos sobre la función reflexiva de la pareja parental.

Se describen a continuación algunos Sistemas Motivacionales a modo de referencia y luego se comentará el aspecto Transformacional del modelo.

### PRINCIPALES SISTEMAS MOTIVACIONES

#### Sistema Motivacional del Narcisismo

*Re- definición del concepto de “Narcisismo”.* Freud (1914) consideró al Narcisismo como un estado en el que la energía psíquica- *libido*- se concentra en el **Yo** dando origen a un “Narcisismo Primario”, para solo más adelante, al modo de una ameba que extiende sus pseudópodos, interesarse por los “*objetos*” del mundo exterior. La introducción del narcisismo en psicoanálisis, vincula una teoría del origen y desarrollo del YO, a los trastornos del auto-engrandecimiento y admiración –lo que el mito de narciso exalta-, predominando así la orientación patográfica en el desarrollo normal del niño.

Además, en la obra freudiana el Narcisismo es un derivado de la sexualidad, a diferencia del Enfoque Modular que lo considera como una motivación distinta que surge en torno a la organización del sí mismo en el seno de la relación intersubjetiva.

En función a lo anterior, Dio Bleichmar (2000) reformula este concepto, considerando, de acuerdo con Laplanche, que el Yo puede ser pensado en dos dimensiones simultáneas:

- **Yo Funcional**, del que dependen las facultades de percepción, juicio, memoria, razonamiento, toma de decisiones y
- **Yo Representación**, que implica la vivencia del sujeto sobre sí mismo, exigiendo para ello un desdoblamiento de la subjetividad. *“Yo pienso acerca de mi misma, me observo y tengo opiniones sobre lo que hago, digo y pienso”.*

Ambas dimensiones del Yo, Funcional y Representación, fueron en la ontogenia funciones llevadas a cabo por - o con-, los adultos significativos, para ser luego, “metabolizadas” por el sujeto dando lugar a una configuración estable de representaciones que constituye su identidad. La estructuración de la subjetividad a partir del semejante pone de relieve que *“todo tiempo **auto** en la ontogenia humana se halla precedido de un tiempo anterior, interpersonal e intersubjetivo, un tiempo **hetero**, lo que también sucede con el sistema narcisista”.* (Dio Bleichmar, 2000)

### ***Principales Dimensiones del YO Funcional. Auto y Hetero - conservación***

La auto-conservación en el ser humano -mantenimiento de la integridad corporal y mental- **no es algo puramente instintivo** sino que depende, en su estructuración, de algo que le viene desde un otro. Los demás influyen en determinar **que debe ser considerado como amenazante** para la integridad y de lo cual hay que protegerse, pero además influyen en **estructurar los mecanismos automáticos** que se ponen en marcha para satisfacer necesidades y conjurar peligros. *“Incluso funciones y necesidades que parecieran puramente biológicas -hambre, por ejemplo-- reciben la impronta del otro en cuanto a cantidad a ingerir y, especialmente, a la **tolerancia al mantenimiento de la tensión de necesidad**, es decir, a la perentoriedad con que se vive la necesidad...”* De este modo *“**Las necesidades instintivas animales son moduladas y transformadas en cuanto a su intensidad y modalidades de satisfacción.**”* (Dio Bleichmar, 2000, p. 284) Esto implica que el adulto tienda a tratarse a – cuidar de - sí mismo, de una manera muy similar a la que fue tratado por otro durante su crianza.

Hugo Bleichmar sostiene, asimismo, que el sujeto no sólo tiene una tendencia a la auto-conservación sino a la **conservación, al cuidado, a la protección de la vida corporal y mental del otro** *“Fuerza tan poderosa que hace que algunas personas sean capaces de sacrificar su auto conservación, y su vida misma, en aras de satisfacer el deseo de conservar al otro, de protegerle”.* En este sentido la **hetero conservación** es otra motivación indispensable del psiquismo humano. Implica un cambio importante de perspectiva *“Debido a*

*que el modelo que predominó en la teorización freudiana sobre lo pulsional era la de un organismo que se desarrollaba desde adentro hacia afuera, a la manera de un huevo que sufre una evolución guiado exclusivamente por regulaciones internas, los mecanismos de conservación de la vida quedaron bajo la rúbrica de la auto conservación. Pero, si a la luz de los conocimientos actuales, tanto del psicoanálisis como de la neurociencia, le otorgamos al otro el papel de estructurante en su encuentro con lo interno del sujeto, parecería **fundado pensar en términos de hetero-autoconservación.***” (Bleichmar, H., 1999)

### **Principales Dimensiones del YO Representación**

**Auto-percepción, auto-empatía, auto-estima.** El desarrollo y la regulación de la auto-percepción (contacto de lo que sucede en la propia mente) y de la auto- empatía (tono afectivo en el que desarrollamos la conversación interna) está en estrecha relación con un sistema de ideales y metas que se han conformado en la relación con los padres y otros adultos significativos, siendo luego, a través de un proceso de metabolización psíquica, interiorizados en el sujeto<sup>7</sup>. Tanto la auto- percepción como la auto- empatía configuran la **autoestima**, que es **entendida como un marcador de la salud narcisista del sí mismo** al reflejar cuanto y de qué modo se quiere y se valora la persona.

**Asertividad.** Concepto **relacionado con la génesis de la autoestima**, tiene una amplia aplicación clínica. Es definido por Dio Bleichmar (2005, p.284) como *“Por Asertividad se comprende la tendencia omnipresente del niño sano a la actividad, a la exploración, a la curiosidad, a la manipulación y posteriormente a generar hipótesis. El estímulo externo que el niño pueda encontrar pasa a formar parte de estas secuencias, pero esencialmente son funciones autoactivadas.”*

La Asertividad es parte del sistema motivacional del Narcisismo y se constituye en torno a las **múltiples experiencias motrices y sensoriales en el seno de un apego seguro**, que **permite espacios de actividad** en el niño. Siempre se halla **asociado a emociones positivas y eufóricas**, vinculadas con actividades autogeneradas y originan un tipo de placer que no es libidinal, sino que se vincula con el “placer de ser causa de”, constituyendo una de las fuentes más importantes para la autoestima.

Este enfoque permite hacer la **distinción entre Asertividad y Violencia**, siendo de fundamental importancia al valorar ciertas “conductas disruptivas para el entorno”, tanto en niños como en adultos. Es muy habitual encontrarse con padres que confunden el deseo

---

<sup>7</sup> Es posible observar como personas con capacidades limitadas se consideran a sí mismos de manera superlativa y que sujetos muy valiosos, incluso con aptitudes destacadas, se valoran a sí mismos como inadecuados o incapaces.

imperioso del niño por generar sus propias experiencias, con la intención de “manipularlos” o de “imponerse” sobre el adulto.<sup>8</sup>

**En síntesis**, este enfoque del Narcisismo dirige la atención a una de las principales motivaciones humanas, la de ***mantener un balance positivo entre la valoración/ desvalorización de uno mismo*** y los recursos y habilidades que el individuo moviliza para lograrlo. De acuerdo a lo anterior Dio Bleichmar (2005, p.290) propone una definición amplia y de gran utilidad clínica *“Narcisismo es toda actividad psíquica que tiende a mantener la integridad, la estabilidad y el estado de bienestar de la representación de sí mismo.”*

### **Sistema motivacional de la sexualidad / sensualidad**

Freud considero la sexualidad central en la estructuración y desarrollo de la subjetividad, de modo que en su teoría se habla de una “psicosexualidad”; con ello quiere significar que el bebé urgido por el hambre, descubre la boca como zona erógena, a partir de lo cual se desarrolla el autoerotismo y todas sus vicisitudes en el recorrido libidinal (zona oral, anal fálica y genital).

Dio Bleichmar (2005, p.323) sostiene que *“las zonas erógenas se han sobredimensionado en la teoría psicoanalítica como determinantes de la sexualidad en relación con la poca importancia que se da a la relación con el adulto.”* Propone concebir la sexualidad temprana en una forma más amplia de la concebida por Freud y establece una diferencia fundamental al **distinguir entre sensualidad y sexualidad**; de este modo sostiene que el placer sensual es un motivo más poderoso y frecuente en la primera infancia, mientras el placer sexual es más intermitente y además describe bases neurobiológicas distintas para ambos.

–El **sistema sensual** asienta en el sentido del tacto y en las modalidades vestibulares que se hallan completamente desarrollados aún antes del nacimiento; la piel está dotada de multiplicidad de receptores de vibración, presión y táctiles de forma innata para el placer y para el dolor sin necesidad de aprendizaje alguno. Estímulos como el color, sonidos rítmicos, balanceo y el rostro humano son placenteros de forma innata a menos que predominen circunstancias negativas que inviertan la reacción natural. Esto contribuye a que el sistema del **apego**, así como la **regulación emocional** en épocas tempranas, se apoye en dichos aportes.

---

<sup>8</sup> Considero que el término “manipulación” necesita dejar de tener una connotación eminentemente negativa, para ser valorada en los aspectos positivos, es decir en la necesidad que el niño tiene de manipular el mundo, y no solo de ser manipulado por él.

–En el **Sistema Sexual** la conexión entre los sistemas neuroendocrinos y la acción hormonal específica son cruciales en su origen y estructuración. Existen periodos críticos tanto en la vida fetal como extra uterina, que a través del eje hipotálamo – hipofisario y los órganos periféricos, gobiernan la fisiología sexual. Sus manifestaciones en el bebé son más episódicas e intermitentes.

De este modo, la distinción sensualidad/sexualidad se establece no sólo en términos de una cualidad de **intensidad menor** de excitación, sino también en términos de extensión de **la sensorialidad en juego y de las cualidades generales** de las mismas, es decir que se trata de *“otro tipo de placer”*. Relacionado con ello Dio Bleichmar (2005, p.327) expresa que *“No es lo mismo la actividad rítmica de un frotamiento genital que la ritmicidad que genera un balanceo, o el placer de escuchar una canción de cuna que tocarse la oreja mientras se chupa el dedo. Balanceo, sacudidas suaves, canciones de cuna, caricias no vinculadas a las zonas erógenas son efectivamente experiencias distintas a la excitación de la mucosa bucal en contacto con el pezón, de la mucosa anal con el paso de las heces o la turgencia de la vulva y la vagina, o la erección del pene acompañados de enrojecimiento facial, respuesta autonómica con vasodilatación generalizada y jadeo”*.

La madre corriente, transmite a su bebe a través de todos los canales interactivos, que ella vive con enorme placer el hecho de estar en proximidad física con su hijo, y aunque este continuo de sensualidad materna puede intermitente intensificarse y hacerse presente como erotismo sexual, ello no es lo habitual de la relación; en ese caso requiere una regulación por parte del adulto, tanto para no dejarse invadir por la experiencia sobre-estimulando al bebé, como también para no reaccionar con angustia y rechazar el contacto.

### ***Síntesis de la importancia del Concepto de Sensualidad en el Desarrollo***

- La madre transmite **placer de contacto al niño** y comienza a **erogeneizar**, a dotar a su cuerpo de experiencias sensoriales intensas que después éste intentará reproducir.
- El **autoerotismo**, como toda dimensión *auto* del sujeto, es un **tiempo segundo** a un primer tiempo de la experiencia en la relación con el otro, que activa y estimula condiciones predeterminadas pero que necesitan de una interacción real para desarrollarse.
- La **sensualidad de la díada** juega un papel en la constitución del **vínculo de apego**, añadiendo al cuidado de las necesidades vitales el componente humano del placer erógeno temprano.
- Es habitual que el bebé **utilice el placer sensual para apaciguamiento emocional** (sensualidad del balanceo, chupeteo).



- Se propone la sensualidad en el **origen del afecto de ternura**, a diferencia de la teoría freudiana que lo hace como sublimación de la sexualidad.

### **Aportes Conceptuales del Enfoque Modular de la Sensualidad / Sexualidad**

Para Freud la sexualidad humana se ordena en función de un **patrón edípico en el** que el niño/a desarrolla un fuerte vínculo con la madre, para luego ser apartado del mismo por la intervención del padre. Desde la perspectiva del enfoque Modular ello se modifica sustancialmente; ya que basado en investigaciones empíricas, muestra como los infantes desarrollan **vínculos de apego diferenciados con ambos padres, que se estructuran simultáneamente**. Ello implica que *“el proceso de triangularización empieza casi a la vez que el de la diada, el niño puede pronto sentirse excluido en ámbitos que son diferentes al sexual, como es el grado de atención. Se concluye de aquí que el descubrimiento de la intimidad sexual de los padres, aun teniendo importancia en sí mismo, no tiene la hegemonía que antes se pensaba para el psiquismo.”* (Dio Bleichmar, 2000, p. 328)

Esta propuesta promueve la especificación de diferentes deseos como puede verse, para muestra, con el deseo de **“búsqueda de atención”**. El mismo ha sido vinculado por el PA principalmente a motivaciones **edípicas, libidinales, sexuales**, mientras que para el conductismo significan una **manipulación del adulto que éste debe evitar**. Sin embargo, desde esta perspectiva, la búsqueda de atención, puede responder a muy diversas motivaciones, como la necesidad de mantener la proximidad con la figura de apego, la búsqueda de reconocimiento narcisista, o de restablecimiento del equilibrio emocional. Se sostiene que resulta mucho más útil en la clínica considerar que *“buscar la atención admite una pluralidad de significados y se halla vinculado a distintas fuentes motivacionales que necesitan ser reconocidas en su especificidad”*. (Dio Bleichmar, 2000, p. 329)

### **Sistema motivacional de la regulación emocional**

Una motivación fundamental en el ser humano es poder regular los propios estados afectivos y como se enunciara más arriba, esta función de **auto regulación** debe ser cumplida inicialmente por los padres, reguladores externos de los estados fisiológicos y de los afectos del infante, de su nivel de activación y de calma, de la ansiedad del bebé cuando esté ansioso o irritado. Ello depende no solo del afecto que sientan por su hijo, sino también, y fundamentalmente, de la capacidad para interpretar las señales del bebe, por medio de una comunicación no verbal y en gran parte inconsciente para ambos. La capacidad de interiorizar y desarrollar esta función de regulación emocional es básica para la adquisición de la **capacidad reflexiva**. (Esta capacidad se especifica en Capítulo de Metodología, Diseño

Específico de Dimensiones Vinculadas con la Salud, apartado Regular las propias emociones y o estados).

### **Sistema Motivacional del Apego. Desarrollo Conceptual**

Bowlby desarrollo la noción del **Apego** como un sistema de base innata que garantiza la proximidad a otro ser humano a quien se discrimina y se prefiere sobre los objetos inanimados y sobre los demás, sistema motivacional que se articula pero no coincide con la regulación emocional o el placer sensual, y que el infante despliega mediante la relación con su figura principal.

Este concepto, tuvo un significado histórico dentro del Psicoanálisis, cuyos seguidores en un principio rechazaron, en especial por su planteamiento como una motivación independiente del hambre y la sexualidad. La creación del “grupo independiente” dentro de la Sociedad Británica, constituido por autores como Fairbain, Guntrip, Balint, Winnicott y Bollas, significó el comienzo de una tendencia hacia el **mayor reconocimiento de la experiencia vivida como estructurante** de la fantasía, al **apartarse de la concepción del mundo interno como un sistema cerrado**, lo cual motivó que ambas posiciones fueran acercándose.

Por otra parte, la Teoría del Apego siguió avanzando en sus desarrollos. Mary Ainsworth y otros diseñaron el Procedimiento de la Situación Extraña, a través del cual se establecieron las **categorías** de apego seguro, inseguro- evitativo, inseguro- ambivalente/resistente y de apego desorganizado.

También Mari Main, con el diseño de su “**Entrevista de Apego Para Adultos**”<sup>9</sup>, logró ampliar la primera concepción, que estudiaba la conducta y la motivación biológicamente determinada, hacia el terreno de las fantasías y las representaciones inconscientes. De este modo, la entrevista de apego, *“al crear las condiciones que permiten observar el contraste entre la memoria declarativa y la memoria episódica, permite poner de manifiesto en el discurso las estrategias asumidas para el ocultamiento a la conciencia de conflictos dolorosos y no asumidos.”* (Dio Bleichmar, 2005, p. 157)

### **El Apego y las Teorías del Si- Mismo de Stern**

La obra de Daniel Stern muestra que una teoría del desarrollo requiere considerar a la vez lo interpersonal y lo intrapsíquico sin tener que optar entre lo uno o lo otro como antes se

---

<sup>9</sup> La entrevista de apego para adultos investiga las categorías de apego que se establece en los padres a partir de sus narrativas.

había considerado. Este autor demostró que toda la crianza temprana se basa en la acción reguladora del sí mismo por parte de los adultos hacia el infante, lo que produce en él la **experiencia subjetiva de estar con y de ser regulado por otro**. De este modo, a partir de las múltiples actividades en común entre el adulto y el niño, lo que éste va representándose -al principio con un tipo de representación procedimental o perceptivo-motora y emocional, posteriormente simbólica- **no es una distorsión de la realidad** sino la relación misma tal cual es.

### ***Diferentes Sistemas de Memoria***

Un aspecto de relevancia es la **descripción de distintas representaciones de las experiencias interactivas**, lo cual ayuda a **precisar diferentes sistemas de memoria presentes en el ser humano**, algunos desde el nacimiento y otros que emergen en etapas posteriores, para coexistir todos a lo largo de la vida. Dio Bleichmar (2005, p.149) lo expresa como sigue “*Stern describe las “representaciones internas generalizadas” (RIG), recuerdos que no son específicos de situaciones concretas sino estructuras basadas en el promedio de las experiencias de estar con el otro que generan expectativas probables de acciones, sentimientos, etc. Un concepto similar es el de los “Modelos Internos de Trabajo” de Bowlby, que hacen referencia también a representaciones de la interacción basadas en experiencias vividas en la relación con la figura de apego, que sirven a su vez para generar expectativas. Por último, otro concepto similar es el que aporta Lyons-Ruth de “Representación Relacional Actuada”. Esta autora estudia el carácter implícito o procedimental del saber que va acumulando el infante en su relación con el otro, un tipo de memoria diferente de la declarativa o simbólica que no se limita a los primeros años de la vida, que evoluciona y cambia por sí misma y no necesariamente a través del acceso a la representación simbólica o verbal, constituyendo un tipo paralelo de conocimiento gobernado por sus propias reglas, que aunque influye y se deja influir por el conocimiento explícito, no es nunca una influencia completa. Todas estas expresiones hacen referencia pues a los mismos procesos.*”

Cuando a estos recuerdos implícitos, procedimentales y emocionales, se le agrega la representación verbal o simbólica, se configuran las fantasías. Los **esquemas relacionales se van haciendo así más complejos**, incluyendo contenidos cognitivos o verbalizables, pero también un rico entramado de fantasías en forma de imágenes, que **son significados que el infante atribuye a lo que le sucede** en su encuentro con el otro y que **queda incorporado a sus estrategias de estar con el otro**.

De este modo, tanto los recuerdos relacionales implícitos, como los significados

relacionados con este encuentro, las fantasías, tienen el **poder de provocar emociones que cargan las expectativas y modelan el encuentro con los otros**. Siguiendo con conceptos de Dio Bleichmar, ello implica que *“no hay lugar por tanto para asignar un estatus privilegiado a ninguna de estas dimensiones de saber en particular...”*

### ***Capacidades de Parentalización***

Con el auge del paradigma relacional, la teoría del apego también se dejó influir en cuanto a que el énfasis dejó de estar en el niño para observar a ambos miembros de la pareja y dar importancia al papel de los padres reales<sup>10</sup>, en cuanto a la configuración de la relación. Dio Bleichmar (2005) analiza las Capacidades de Parentalización aplicando el enfoque modular-transformacional. Sostiene que hay que *“superar una perspectiva reduccionista, unifactorial, para incluir, dentro de lo que se considera una madre o un padre suficientemente bueno, a aquel que puede desempeñar toda una serie multivariada de funciones, de acuerdo a los múltiples sistemas motivacionales del hijo: la regulación emocional, el apego, el narcisismo, el erotismo.”*

El estudio de estas capacidades incluye el concepto de Stern (1991-1999) de *“Constelación Maternal”*, que analiza el estado psíquico que se despierta en la madre cuando tiene a su hijo. El conlleva la activación de una serie de intereses y de temáticas sobre las que ella se preocupa, y que son vistas desde la perspectiva de los diferentes sistemas motivacionales de la madre; la heteroconservación (cómo mantener vivo a su bebé), su ideal de maternidad, su propio sistema de apego y su identidad de mujer.

### **Énfasis en lo transformacional**

***Intra-psíquico.*** Cada motivación puede funcionar separadamente, tomando una u otra el predominio en un momento determinado, sin embargo, cada módulo ejerce sobre los demás su influencia y transformación.

***Inter-subjetivo.*** El encuentro intersubjetivo es fundamental para que determinadas expresiones afectivas se desplieguen, y más aún, para que puedan existir. Además, se destaca su importancia para fundamentar la posición emocional del terapeuta como herramienta para el cambio.

---

<sup>10</sup> Padres “reales”, en contrapartida a los padres generados por la “fantasía” de cada niño, aspecto que se privilegiaba en ciertas corrientes psicoanalíticas.

### ***Los Deseos y sus distintas Temáticas***

Lo transformacional se caracteriza por considerar los efectos que cada temática deseante tiene sobre las otras, evitando de esta manera un análisis lineal o simplista. Hugo Bleichmar (1999) se refiere a ello como sigue *“Tomemos para ilustración a la sexualidad... (que) reinscrita desde el código narcisista puede pasar a ser mero indicador de valoración. La ejemplificación es el machismo, en el que la sexualidad vale no por la satisfacción de orden sexual sino por el significado de valoración que otorga al sujeto. Esta reinscripción de la sexualidad en el sistema representacional narcisista puede hacer que produzca una disminución de la autoestima del sujeto porque la persona se representa como siendo lo que no debería ser -alguien con deseos sexuales.”*

**La complejidad** de la relación entre los módulos puede vislumbrarse en las siguientes situaciones: la **angustia narcisista**, *“soy inferior”*, puede ser **reinterpretada** desde el **módulo del Apego** *“me va a abandonar porque soy inferior”*; la **angustia de separación**, puede ser reinterpretada como debida a lo que se hizo - *“culpa”*; la **angustia de desregulación emocional**, reinterpretada como indicio de inferioridad, es decir, desde el **narcisismo**, *“no valgo nada porque no puedo controlar mis emociones”*.

Otro aspecto puede verse cuando la sexualidad otorga un sentimiento de **cohesividad** al permitirle al sujeto sentir que es una unidad funcional, o producir el **efecto de estructurar el apego** dándole a la relación una forma específica, en que la sexualidad pasa a ser la **modalidad básica de organización y mantenimiento de la relación**.

La importancia fundamental de es la **“reinscripción” en los diversos sistemas motivacionales**, son los efectos *“estructurantes y funcionales que producen en los sujetos”*. De este modo puede verse como en el funcionamiento complejo del psiquismo existe funcionamiento vertical -dentro de cada módulo- y funcionamiento horizontal con coordinaciones y transformaciones en la relación entre los módulos.

### ***Las transformaciones modulares y los distintos modos de funcionamiento verbal/ no verbal***

Hugo Bleichmar (1999) recuerda la diferencia entre **memoria declarativa** -la que es capaz de ser relatada en términos de discurso- y **memoria procedimental** -la que consiste en la capacidad de realizar un procedimiento automatizado como, por ejemplo andar en bicicleta.

El autor aplica esta diferencia **a módulos como el del apego** y observa que éste, en sus múltiples dimensiones, *“funciona a niveles básicamente no verbales, procedimentales: son formas de contacto, como las que el bebé adquiere con sus objetos primitivos -tipo de contacto corporal, visual, tono emocional de los intercambios, etc. Igual sucede con el sistema sensual/sexual con sus múltiples memorias procedimentales de cómo provocar el*

*erotismo del otro, de cómo reaccionar en el cuerpo al erotismo del objeto, lo que determinan las formas de la sensualidad. ”*

Por otra parte observa que el **sistema narcisista, sin ser ajeno a la memoria procedimental, tiene fuertes componentes verbales, semánticos** -se reacciona al insulto, por ejemplo.

### ***Transformación Modular y sus Implicancias para el Cambio Terapéutico***

La memoria procedimental que interesa en Salud Mental es la que se aplica en la relación ¿Cómo hacemos para que el otro responda de la manera deseada? ¿Cuál es el tono de voz a emplear, la forma de acercarnos, el ritmo del contacto? ¿Qué *lenguaje del cuerpo* usamos cuando queremos entusiasmar, o por el contrario, alejar al otro?

El enfoque transformacional interroga sobre el valor y el impacto de estos aspectos en la capacidad del terapeuta, no solo para empatizar con el paciente, sino fundamentalmente para ayudarlo a generar transformaciones buscadas. Hugo Bleichamar (1999) lo expresa como sigue *“No caben dudas que un factor decisivo en todo tratamiento es la empatía del analista (Kohut, 1971, 1977, 1984), pero también se requiere de algo más. Para que en el paciente puedan emerger ciertos estados afectivos, especialmente si han sido objeto de la desactivación sectorial, es necesario que estados homólogos o estados complementarios se hallen presentes en el analista. Los estados de ternura, de excitación y placer por el encuentro, de complicidad en las miradas, de alegría por la alegría del otro, sólo pueden existir en la intersubjetividad. Esta dependencia de la intersubjetividad para que determinadas manifestaciones afectivas se desplieguen, más aún, para que puedan existir, es de importancia para una fundamentación de cuál debe de ser la posición emocional del terapeuta. ¿Basta con una actitud de empatía o en algunos casos se requiere que el terapeuta pueda desplegar ciertos estados emocionales que abrirán el campo para que éstos emerjan en el paciente? .... Si la palabra como proveedora de significados es diferente del afecto y de la prosodia, al hablarse con tono monocorde sobre la falta de vitalidad del paciente, de las causas de ésta, ¿qué es lo que predominará?, ¿la supuesta verdad contenida en la interpretación o el estado afectivo que el terapeuta crea con su propio estado afectivo?”*

Esta propuesta se nutre del concepto de *entonamiento*, estudiado por Stern (1991-2010), para indicar que **más allá de la semántica**- significado de la frase- el paciente "entona" con el estado emocional del terapeuta en dimensiones tales como la vitalidad, la intensidad, etc., por lo que en muchos casos, el énfasis no reside tanto en *“des reprimir el deseo”* sino en **dotarle de fuerza afectiva, de hacer que éste surja.**

La emocionalidad del analista es una forma de intervención que ha sido negada en favor del contenido semántico de la interpretación.

El enfoque Modular Transformacional la rescata como herramienta de cambio y transformación terapéutica, al sugerir que **el nivel de funcionamiento emocional del analista** - la intensidad afectiva y el tipo de emociones desplegadas - debe estar **determinado por el objetivo terapéutico perseguido**.

Estas observaciones se derivan del estudio de las interacciones tempranas y su función en la construcción y modificaciones del psiquismo.

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

Esta investigación fue realizada con las premisas de la investigación cualitativa y se basó en la construcción de un objeto de investigación. Ello implica, de acuerdo con Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2008, p.90) *“que el modelo teórico es inseparablemente construcción y ruptura, ya que fue preciso romper con las semejanzas fenoménicas para construir las analogías profundas, y porque la ruptura con las relaciones aparentes supone la construcción de nuevas relaciones entre las apariencias”*.

Lo antes expuesto concuerda con la expresión de Vиейtes (2004) quien afirma que el primer paso para formular un problema científico es el de establecer una ruptura con los hechos que vienen dados desde la realidad ya construida y desde los discursos elaborados en torno a la misma.

Desde esta perspectiva se considera que el carácter empírico de esta investigación se dirigió a encontrar evidencia de la realidad que contribuya a la solución del problema planteado, teniendo en cuenta que dicha evidencia empírica fue inseparable de las teorías que sustentaron la investigación.

De este modo, el esfuerzo por plantear el problema incluyó la identificación de los elementos de la realidad observada que fueron relevantes para las teorías en el marco de las cuales se planteó dicho problema. Este procedimiento nos permitió prever los métodos y técnicas de recolección de datos disponibles con los cuales tener acceso a esa realidad empírica.

De manera coherente con lo antes expresado, se consideró asimismo lo explicitado por Sampieri, Collado y Lucio (2006) para adoptar el planteamiento cualitativo utilizado en el presente trabajo. Cumpliendo estas premisas esta investigación fue abierta y expansiva (es decir, se fueron enfocando los conceptos relevantes con la evolución del estudio) por lo tanto no fue direccionado desde su inicio; además fue fundamentada teóricamente y también en la experiencia y la intuición del investigador, por lo que se aplicó a un número limitado de casos tratando de buscar un entendimiento de los fenómenos en diferentes dimensiones explicitadas oportunamente.

Asimismo los problemas de investigación se formularon a medida que se avanzó en el proceso; en la etapa de delimitación del problema, en el momento de seleccionar los casos y al construir los datos, permitiendo que su reformulación durante toda la investigación fuera clarificando la pregunta inicial.



### ***1.1. PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA***

El constructivismo representa un planteamiento novedoso del quehacer epistemológico científico actual al ofrecer una propuesta alternativa al positivismo. Esta perspectiva sustenta el papel activo del sujeto en la construcción social de la realidad y en la construcción del conocimiento humano, entre ellas el conocimiento científico.

En referencia a estos conceptos, Retamozo (2013) propone reconocer tres ejes principales para definir la posición epistemológica del constructivismo: en primer término se refiere al lugar del sujeto a quien se le reconoce un papel activo- tanto individual como colectivo-, en segundo término considera al problema del status de la realidad que es referencia del conocimiento y en tercer lugar se ocupa del proceso de producción de conocimiento, esto a un nivel gnoseológico que implica preguntas por lo neuronal, psicogenético, cognitivo y epistemológico según diferentes versiones.

#### ***Fuentes de Constructivismo***

Distintos postulados subyacen en las bases teóricas del constructivismo. Se destaca la epistemología genética basada en el desarrollo cognitivo individual, que considera que el conocimiento se construye en forma activa a partir de experiencias con el mundo (Piaget, 1978). Otros de sus postulados se establecen en el aprendizaje por la mediación social fundamentados por Vygotsky (1896-1934), y más contemporáneamente con Gergen (1996).<sup>11</sup>

En consecuencia, en el constructivismo pueden encontrarse diversas orientaciones en lo que concierne a las nociones de realidad. En general, todas las posiciones comparten la crítica a las teorías que postulan una realidad exterior, completa y objetiva independiente del sujeto. Algunas de estas posiciones críticas, de cariz posmoderno, conducen a un relativismo extremo ya que conllevan posiciones hiperrelativistas e incluso escépticas extremas que dificultan o desconciertan la investigación científica, en tanto afirman que el constructivismo se refiere exclusivamente al ordenamiento y organización del mundo de nuestra experiencia (Von Glaserfeld, 1998).

---

<sup>11</sup> Según lo expresa Arnold (2003) el desarrollo de la perspectiva constructivista implicó cruces disciplinarios que incorporaron las hipótesis sobre el funcionamiento del sistema nervioso humano y del cerebro (Maturana 1990; Roth 1997); los procesos de autoorganización descritos por la cibernética de segundo orden (von Foerster 1985; Maruyama 1968 ); y por el lado de las ciencias sociales y humanas, la contextualización histórica, los aportes de las disciplinas culturales y psicocognitivas (Brunnner 1990) y la teoría de los sistemas sociales autopoiéticos de Luhmann (1998; 1984).

La metodología cualitativa de corte constructivista utilizada en este trabajo se encuentra en consonancia con los enfoques que buscan conjugar el constructivismo con la posibilidad de un conocimiento científico. Se sostiene en posiciones como la de Piaget y Vigotsky, que aceptan la existencia de una realidad externa al sujeto que, esencialmente, es la que permite el ajuste. Ello es coherente con *el pluralismo epistémico* propuesto por Olivé (1998), que implica aceptar que en una disciplina cohabiten diferentes teorías y que éstas definan su mundo de referencia.

Desde esta perspectiva, la construcción de los hechos y de los datos, es tarea del investigador a partir de sus herramientas conceptuales que intentan ordenar esa realidad y producirla como objetividad. Esto es coherente con la tesis fundamental del constructivismo que reconoce que el conocimiento depende y está constreñido por el mundo tanto como por las teorías, metodologías y técnicas disponibles en una comunidad científica.

### ***Justificación Metodológica***

La metodología cualitativa utilizada en esta investigación fue elegida por ser coherente con su objeto de estudio, esto es, las experiencias y puntos de vista de los individuos, permitiendo de este modo, generar teorías fundamentadas en las perspectivas de los participantes. (Sampieri, et al., 2006). Al mismo tiempo, significó un método riguroso que pudo ser evaluado en su credibilidad como se explicita más adelante.

Se destacan a continuación las principales características con las que se desarrolló esta investigación cualitativa.

Esta investigación fue multimétodo, interpretativa, estudió a las personas en su ambiente natural tratando de entender el sentido y de interpretar los fenómenos en términos de lo que significaba para la gente, logrando de ese modo una aproximación cercana a los objetos de estudio. De este modo se acudió al uso de una variedad de materiales empíricos- estudio de casos, experiencia personal, introspección, historias de vida, entrevistas, observación, interacción, dibujos- que describieron visiones y momentos problemáticos y significativos en la vida individual. Esta perspectiva puede asemejarse a un “bricolaje”, y la investigación cualitativa a un tejido de prácticas destinadas a realizar una construcción emergente y de este modo, proponer una solución a los problemas planteados en la investigación.

Los supuestos de la investigación cualitativa antes expresados se encuentran en amplia consonancia con el marco teórico de esta investigación y pueden ser resumidos como siguen según Sautú, Boniolo, Dalle y Elbert (2005, p.40):

*“Ontológicos (¿Cuál es la naturaleza de la realidad?) La realidad es subjetiva y múltiple*

Epistemológicos (*¿Cuál es la relación entre el investigador y aquello que investiga?*)

*El investigador está inmerso en el contexto de interacción que desea investigar. Se asume que la interacción entre ambos y la mutua influencia son parte de la investigación*

Axiológicos (*¿Qué papel juegan los valores en la investigación?*)

*El investigador asume que sus valores forman parte del proceso de conocimiento y reflexiona acerca de ello (reflexividad)*

Metodológicos (*¿Cuáles son los procedimientos que se utilizan para construir la evidencia empírica, y cómo se relacionan lógicamente con el resto de las etapas del diseño?*)

*Conceptos y categorías emergentes en forma inductiva a lo largo de todo el proceso de investigación.*

*Múltiples factores se influyen mutuamente*

*Diseño flexible e interactivo*

*Se privilegia el análisis en profundidad y en detalle en relación al contexto*

*Confianza y autenticidad”*

En síntesis y de acuerdo con los autores antes mencionados, la perspectiva metodológica cualitativa utilizada, partió de categorías teóricas preliminares, o de “*conceptos sensibilizadores*” que proveyeron de un sentido general de referencia y orientación para aproximarse a las instancias empíricas. Desde esta perspectiva, la conexión entre el concepto y el dato implicó que el primero estableció una serie de conexiones generales que guiaron el trabajo del investigador en el campo de estudio seleccionado. De este modo se desarrollaron conceptos, intelecciones y comprensiones y se identificaron “categorías en vivo” partiendo de patrones de los datos y *no* recogiendo datos para evaluar modelos, probar hipótesis o teorías preconcebidas.

Asimismo, se destacan otros dos importantes conceptos inherentes a la metodología cualitativa que fueron pertinentes con los objetivos planteados para esta investigación: uno se refiere a que el investigador vio al escenario y a las personas investigadas en una perspectiva holística, no reducibles a variables, sino considerados como un todo. El otro aspecto se refiere a que el investigador cualitativo fue sensible a los efectos que el mismo causó sobre las personas que fueron objeto de estudio, por lo que utilizó técnicas activas y dialógicas valiéndose de entrevistas en profundidad, regulando los silencios y las intervenciones, permitiendo modos alternativos de comunicación no verbal como dibujos, observación de gestos y posturas, lo que, en cierto sentido, permitió seguir el modelo de una conversación normal y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

## **1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Las bases teóricas desde las que se comprende el desarrollo mental se han modificado sustancialmente en los últimos años. Ello impulsa a modificar de manera amplia y profunda las perspectivas Psicoanalíticas y Psiquiátricas clásicas. Nuevas tendencias están surgiendo en ambas disciplinas y tanto el dogmatismo como el eclecticismo dejan paso a teorías que se asumen provisorias y abiertas al reconocimiento de la complejidad y del azar.

Al mismo tiempo, existe una profunda y extendida disconformidad con las nosologías actualmente en uso en Psicoanálisis y en Psiquiatría. El reduccionismo, la simplificación de lo complejo, el apuro por precisar fenómenos aún no definidos, el riesgo de estigmatizar, la no visualización de lo saludable de algunas manifestaciones sintomáticas, los riesgos de desatender situaciones que lo requieren y de magnificar o sobrediagnosticar otras, son algunas de las principales fuentes de insatisfacción.

Una de las características comunes, tanto del Psicoanálisis como de la Psiquiatría, es que no han podido definir parámetros de Salud en su vertiente positiva, y que en general, lo hacen *solo* por la ausencia de enfermedad.

Las nuevas teorías del desarrollo ofrecen una importante guía para elaborar indicadores de Salud Mental. En ellas, actualmente, se abordan los fenómenos desde la perspectiva del desarrollo saludable, más allá de registrar las perturbaciones que eventualmente puedan producirse. De este modo reconocen capacidades que van emergiendo desde el nacimiento, se transforman, interactúan entre sí y continúan vigentes a lo largo de la vida.

En este trabajo se plantea el problema de identificar fenómenos vinculados positivamente con la Salud Mental evaluando el posible Impacto de las Nuevas Concepciones del Desarrollo en los Diagnósticos Psiquiátricos y Psicoanalíticos.

### ***Hipótesis del Trabajo***

El estudio de capacidades mentales que comienzan su desarrollo desde el nacimiento y siguen en constante evolución a lo largo de toda la vida, permite contactar con aspectos saludables del individuo, que pueden ser usados como elementos de Diagnóstico Dimensional complementarios a los Diagnósticos Catoriales en uso, tanto en Psiquiatría como en Psicoanálisis.

### ***Principales preguntas de la Investigación***

La inmersión en el problema planteado permitió construir tres interrogantes principales, que se explicitan a continuación.

En primer lugar se requiere conocer si los Criterios Actuales de Salud y Enfermedad Mental se relacionan con el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de determinadas Capacidades Psíquicas.

En segundo término surge el interrogante acerca de la posibilidad de detectar indicadores positivos de Salud Mental más allá de los distintos síntomas y/o trastornos que presente una persona.

En un tercer momento, nos preguntamos si es posible relacionar los indicadores positivos propuestos, y si es así, de qué modo, con diferentes **capacidades mentales** que, eventualmente, van desarrollando las personas en el curso de su vida.

### **1.3. OBJETIVOS**

Este trabajo se plantea como objetivo general identificar y analizar indicadores clínicos positivos de Salud Mental en relación con capacidades mentales que, emergiendo en la infancia se desarrollan y modifican a lo largo de toda la vida.

De manera más específica, trazamos tres objetivos determinados. En primer lugar proponer variables orientadoras de los procesos de Salud y Enfermedad de acuerdo a los recientes avances en el conocimiento del desarrollo humano. En segundo lugar contrastar las categorías diagnósticas en uso (del Psicoanálisis -neurosis, perversión y psicosis- y de los Manuales Diagnósticos, DSM IV) con otras emergentes de las concepciones actuales del desarrollo psico emocional en la infancia y como tercer objetivo dimensionar de modo transnosográfico las concepciones que rodean a los procesos de Normalidad, Salud y Enfermedad Mental.

### **1.4. MARCO GLOBAL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se utilizó un criterio muestral de corte no probabilístico, por propósitos y saturación de categorías.

#### ***Justificación Teórica del tipo de Muestreo***

Las siguientes expresiones de Vieytes (p. 390) expresan con claridad las premisas propuestas para guiar este muestreo. *“La decisión por el tipo de muestreo, es una decisión primero teórica y solo después técnica, y es por ello que, antes de tomarla, nuestra mira habrá de dirigirse a los objetivos y al problema de investigación.”*

Vieytes continúa expresando que el investigador **no elige**, sino que **crea** su unidad de análisis, de acuerdo a los objetivos del estudio que está desarrollando y que considera importante la congruencia entre los objetivos y la unidad elegida. En ese sentido aclara que *“El objetivo del muestreo en la investigación cualitativa no es extender al universo los*

*conocimientos obtenidos a partir del estudio de la muestra. ... Es **aprehender en toda su riqueza la perspectiva de los actores**; por lo tanto, lo que se busca es **captar en profundidad- y no en extensión- sus vivencias, sentimientos y razones.**”*

De acuerdo con esta autora, el muestreo no probabilístico, opinático o intencional, se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Especifica que *“En este caso, **el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población, de modo que la muestra sea lo más representativa posible a los efectos de la investigación que se desea realizar. Se parte del supuesto de que las unidades seleccionadas son las más características o las que pueden proporcionar mayor información sobre la población, para estudiar un problema en particular**”*. (Vieytes, p. 390)

Asimismo, según Vieytes, este tipo de muestreo no obedece a reglas fijas, **ni especifica de antemano el número de unidades a seleccionar**. Por el contrario, este número va siendo convenido a lo largo de la investigación, considerando la necesidad de tomar unidades de muestreo no previstas inicialmente para mejorar la calidad y riqueza de la información.

Las siguientes afirmaciones dan cuenta, en síntesis, de la coherencia del tipo de muestreo elegido con el planteo general de esta investigación. *“La perspectiva cualitativa elige una **forma dinámica de relacionar la recolección de los datos y la teorización**: a cada momento de recolección le sigue una etapa de reflexión y elaboración de la teoría, y tras ella deviene una nueva visita al campo, el investigador recoge al mismo tiempo que analiza la información. De tal modo, la elección de la muestra es parte de la **recursividad permanente** en que trabaja el investigador cualitativo.*” (Vieytes, p. 450)

### **Tamaño de la muestra**

El interrogante acerca de cuántos casos debe incluir la muestra fue resuelto por **“saturación”**.

El Investigador Cualitativo llama **saturación** al punto en el que siente que ha conseguido lo suficiente y ya no podrá obtener más información aunque haga nuevas entrevistas o informaciones. Como puede inferirse, establecer que ha llegado el punto de saturación, es una decisión difícil. Según refiere Vieytes (p. 650) *“La saturación es un proceso que se opera no en el plano de la observación sino en el de la representación que el investigador construye poco a poco de su objeto de indagación”*.

### ***Universo de Estudio, Unidad de Análisis y Muestra***

La **población de estudio** consistió en 8 personas de ambos sexos, 2 varones y 6 mujeres.

La misma incluyó la consulta por una niña de 2 años, dos varones en etapa puberal, una adolescente, una joven profesional y cuatro mujeres adultas.

De este modo se cubrió una amplia variabilidad etaria, al abarcar la primera y segunda infancia, la pubertad, adolescencia, juventud y edad adulta. Ello permitió efectuar observaciones precisas y adaptadas a cada momento vital, adecuando los instrumentos a cada situación individual. Es decir, se adecuó el uso de distintas herramientas de investigación (entrevista individual, parental, el uso de la asociación libre o del interrogatorio dirigido así como los usos de silencios, dibujos y comunicaciones para verbales) a las necesidades de comunicación imperantes en cada encuentro.

Todas las observaciones fueron efectuadas en el contexto de consultas Psiquiátricas y Psicoanalistas consensuadas y acordadas entre investigador y paciente, dentro de la práctica profesional habitual y la duración de cada experiencia fue variable y explicitada al presentar los materiales clínicos correspondientes.

De este modo se pudo obtener la información pertinente y necesaria para responder las preguntas de investigación planteadas oportunamente y reunir las condiciones de credibilidad exigidas en la Investigación Cualitativa.

### **Plan de Recolección y Generación de Información**

El plan de recolección de información presenta características consistentes con la investigación cualitativa (Galeano, 2004) cumple con las siguientes características:

- Es referencial, no prescriptivo- es una guía que permite la ubicación de las diferentes situaciones de la realidad explorada.
- Es flexible: se va ajustando de acuerdo a los avances en el proceso de comprensión de la realidad.
- Es emergente- cambiante de acuerdo a los hallazgos de la investigación.
- Frecuente estructuración: no homogenización, no pre elaboración antes del contacto con las personas y escenarios fuente de los datos.

### **Técnicas de Recolección de Información**

De acuerdo a las premisas de la investigación cualitativas las metodologías son extremadamente flexibles y tienen la capacidad de modificarse y ajustarse a las necesidades de la investigación. Según lo expresa Vieytes (p. 656) *“El investigador se ocupa de reflejar*

*detalles, sutilezas, de captar la complejidad y la interconexión del mundo social que se investiga, tanto en lo rutinario como en lo extraordinario; poniendo el énfasis en una comprensión holística, en la cual las cosas individuales son examinadas en términos de sus relaciones con otras partes y con el evento o cultura en su totalidad, al tiempo que considera su relación con el contexto más cercano”*

En este trabajo, el material obtenido es fruto de la recolección que realizó el investigador por medio – básicamente- de la observación y de la entrevista. Se especifican a continuación.

### ***Instrumentos de recolección de información***

**La observación** fue participante y abierta; es decir que el investigador participó activamente en las situaciones analizadas, sin perder el rol acordado explícitamente con el consultante.

Las **entrevistas** fueron **cualitativas**, es decir flexibles y dinámicas, constituyendo una narración conversacional creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado, al mismo tiempo que contuvieron un conjunto interrelacionado de estructuras que la definen como objeto de estudio. Las siguientes expresiones ayudan a conceptualizarlas (Vieytes, p. 661)

*“El formato se asemeja más al de una conversación cotidiana entre pares que a un intercambio preguntas – respuestas entre investigador e informante; (...) pero, toma distancia de la conversación cotidiana debido fundamentalmente a que se trata de un intercambio intencional en el que el entrevistado está informado y presta su consentimiento para la realización de la entrevista abiertamente”.*

### ***Entrevistas Psiquiátrica y Psicoanalítica***

Con el formato de las entrevistas cualitativas se recogió la información necesaria para configurar un diagnóstico psiquiátrico multiaxial que contempló las categorías del DSM IV. Para ello se tuvo en cuenta los lineamientos de exploración clínica y de evaluación del estado mental del paciente psiquiátrico propuestos por Kaplan – Sadok y las consideraciones de Stern, T (2008) explicitadas como *“Effective Clinical Interviewing”* (Entrevista Clínica Efectiva).

Desde el encuadre psicoanalítico, se implementó - cuando fue posible según las características de cada paciente- las reglas psicoanalíticas de asociación libre por parte del entrevistado y atención flotante por parte del terapeuta. Asimismo se consideraron los indicios referidos a expresiones del inconsciente y a conflictos inter sistémicos (Yo, Super yo, Ello) así como aspectos vinculados a la transferencia (Freud, 1914).



### ***Registro de la Experiencia***

Las observaciones realizadas se guardaron en forma de registros escritos o memos grabados, que fueron tomados durante o inmediatamente luego de la observación. Las notas incluyeron descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, así como también acciones, sentimientos e intuiciones del investigador.

Con lo antes expuesto se cumplieron dos criterios básicos que guiarán este muestreo:

- **Pertinencia.** Tiene que ver con conseguir la identificación y el concurso de los participantes que aporten la mayor y mejor información a la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos que esta última presenta.
- **Adecuación.** Significa que los datos disponibles fueron los necesarios y suficientes para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno.

### **1.5. FIABILIDAD Y VALIDEZ**

Se analizan las condiciones de credibilidad de la investigación cualitativa llevadas a cabo en este trabajo. La misma fue sistemática y rigurosa, generando de este modo el cumplimiento de los requisitos de fiabilidad y de validez. Los mismos son definidos de acuerdo a Goetz y LeCompte (1988) como sigue:

- **La fiabilidad** se refiere a la medida en que se pueden replicar los estudios al suponer que un investigador que utilice los mismos métodos que otro, llegue a idénticos resultados.
- **La validez** se refiere a la posibilidad de demostrar que las proposiciones generadas, corregidas o evidenciadas se ajustan a las condiciones causales que rigen en la vida humana.

Dichos autores proponen que la fiabilidad y validación de los constructos y postulados de una investigación cualitativa dependen de la solución de sus problemas de diseño, de modo que, en enlace con dichos postulados, se examinan a continuación la solución de los problemas de credibilidad presentados en este trabajo.

#### **Fiabilidad**

De acuerdo a los postulados de la investigación cualitativa antes especificados, las observaciones realizadas en este trabajo fueron situaciones únicas que no pueden ser reconstruidas con precisión, ya que incluso la duplicación exacta de los métodos de investigación no podrá producir resultados idénticos.

Ello plantea la cuestión de si un investigador independiente descubriría los mismos fenómenos o elaboraría idénticos constructos en el mismo escenario u otro similar. Consideramos la respuesta a esta cuestión como satisfactoria, ya que se pudo especificar el

*Status y la posición que tuvo el investigador como miembro del grupo que estudió.* Tal es así que puede comprobarse que los datos obtenidos en esta investigación dependieron de relaciones que se desarrollaron entre el investigador como psicoanalista y psiquiatra y los participantes, esto es, personas que buscaban consultoría y/o ayuda terapéutica, lo que permitió una definición clara de los roles y status de cada uno.

### ***Selección de informantes***

La identificación de los informantes estuvo relacionada con el rol del investigador como psiquiatra y psicoanalista. En función de ello, cada informante brindó una información única y característica ya que, por otra parte, ninguno pudo por sí solo proporcionar todos los datos que fueron necesarios para esta investigación.

A fin de disminuir todo lo posible la amenaza para la fiabilidad que supone la variedad de informantes, se incluyó en los relatos descripciones pormenorizadas de estas personas, en las que se detallaron los rasgos personales que el investigador consideró importante, así como los que juzgaron pertinentes los propios informantes.

### ***Situaciones y condiciones sociales***

Se incluyó la descripción del contexto físico, social e interpersonal de la recogida de datos, aspectos que propician la replicabilidad de los estudios realizados.

### ***Constructos y premisas analíticas***

Se pudo explicitar los supuestos y meta teorías que subyacen a la elección de la terminología y los métodos de análisis. Las definiciones de los conceptos fueron claras y lo suficientemente intersubjetivas para que resulten inteligibles a otros investigadores y eventualmente, a los participantes investigados. De este modo las premisas teóricas que fundamentan la investigación fueron explicitadas en profundidad a fin de facilitar la replicación de los estudios.

Más específicamente, la formulación de los conceptos operacionales se definieron previamente a la recogida de datos en términos de cómo serían estos observados; y por otra parte, los conceptos sensibilizadores se mantuvieron intencionalmente vagos y abstractos hasta que el investigador pudo reunir datos suficientes para determinar y aclarar sus perfiles.

Se pudo definir con sumo cuidado las categorías y referir extensamente sus antecedentes de una manera pluralista e interdisciplinaria, disminuyen de este modo, los peligros de la falta de comparabilidad y facilitando la fiabilidad inter observador.

### ***Métodos de recogida y análisis de datos***

En este trabajo se pudo identificar con precisión las estrategias de recogida de datos. Además, se incluyó el tipo de registro de las observaciones, las circunstancias en que se desarrollaron las entrevistas y la integración en el estudio de los materiales teóricos de manera

recursiva, descriptos pormenorizadamente en cada uno de los ocho materiales clínicos presentados.

Como aspecto importante para establecer la credibilidad se identificó con claridad las estrategias generales del análisis y se facilitó información retrospectiva del examen y síntesis de los datos.

### **Validez**

Para corroborar la validez de este trabajo también se consideraron guías conceptuales propuestas por Goetz y LeCompte (1988), las que se analizan a continuación.

En primer lugar se evaluó la medida en que las observaciones y mediciones científicas de este trabajo son representaciones auténticas de alguna realidad. Ello implicó interrogarnos si *observamos o identificamos realmente lo que creemos observar o medir*.

Esta pregunta fue respondida satisfactoriamente ya que se cumplieron las premisas explicitadas a continuación.

El investigador interactuó con los participantes durante la recogida de datos durante largos periodos de tiempo, generando así la oportunidad de efectuar análisis y comparaciones continuas de las observaciones, con el fin de perfeccionar los constructos y garantizar el ajuste entre las categorías científicas y la realidad de los participantes.

Las entrevistas a los informantes, se adaptaron a las categorías empíricas de los participantes. Ello fue particularmente necesario y evidente, dada la disparidad etaria de los entrevistados y los distintos motivos por los que acudieron a las consultas.

La observación de los participantes se llevó a cabo en escenarios naturales, reflejando la realidad de las experiencias vitales con la mayor exactitud posible.

El análisis de la Investigación Cualitativa implicó un proceso de auto vigilancia del investigador, en la que todas las fases de la actividad franquearon una revisión y reevaluación continua.

En segundo lugar se tuvo en cuenta la medida en que los constructos y postulados abstractos creados por esta investigación son aplicables a más de un grupo, es decir, que pudo demostrarse el grado en que dichas representaciones son comparables legítimamente si se aplicaran a diversos grupos.

Para evaluar este último aspecto se consideraron los siguientes criterios:

*Comparabilidad.* En la definición y la descripción de los componentes de esta investigación se consideraron las unidades de análisis, los conceptos elaborados, las características y el escenario de la población, lo que permite comparar los resultados con los de otros estudios sobre cuestiones afines.

*Traductibilidad.* Los marcos teóricos, las definiciones y las técnicas de esta investigación resultan evidentes para otros investigadores de la misma disciplina y de otras relacionadas con ellas.

Además, en este trabajo se pudo mostrar la tipicidad de los fenómenos investigados, y la manera en que sus dimensiones relevantes pudieron ser comparadas y contrastadas con la de otros fenómenos, categoriales y dimensionales, tanto en el área de la Psiquiatría, del Psicoanálisis como del Desarrollo de la Mente.

Por lo antes expuesto, se postula la existencia de bases posibles de comparación y la factibilidad de traducir los resultados para su aplicación a distintos escenarios y disciplinas.

En tercer lugar se consideran los “*efectos de constructo*”, los que según los autores antes mencionados, se define como la medida en que los términos, generalizaciones o significados abstractos son compartidos en diferentes tiempos y escenarios por distintas poblaciones. Denota también el grado en que los instrumentos y sus formatos son inteligibles del mismo modo para el responsable de su diseño, quienes los utilizan y los participantes a que se aplican.

A lo largo de esta investigación, fundamentalmente a través del análisis recursivo de las observaciones clínicas y las consideraciones teóricas, se pudo demostrar que las categorías construidas son significativas para los participantes, reflejan su forma de percibir la realidad y están justificadas por los datos.

En consecuencia, por todo antes expuesto, el análisis de los factores de fiabilidad y validez permite considerar como resueltos los aspectos fundamentales de credibilidad de los resultados del presente trabajo.

### **Síntesis de aspectos relevantes de la Investigación Cualitativa**

El muestreo fue progresivo y secuencial, no se estableció al azar ni con fórmulas matemáticas y estuvo teóricamente conducido en consonancia con los conocimientos, adquiridos de modo recursivo, de lo que fue importante y relevante para la investigación.

En el muestreo implementado, el investigador tomó la decisión, argumentada, sobre la selección de los informantes, escenarios y tiempos que formaron parte de la muestra.

Las muestras se seleccionan con criterios de representatividad cualitativa (conocimiento, experiencia, significado del lugar o del momento, motivación para participar en el estudio, oportunidad y condiciones de desarrollo de la investigación) y en relación estrecha con los propósitos de la investigación. Las muestras fueron por tanto selectivas, privilegiando la profundidad y no la cantidad de información ni su representatividad matemática.

## **2. DISEÑO ESPECÍFICO DE DIMENSIONES VINCULADAS CON LA SALUD**

*JUGAR Y SUS TRANSFORMACIONES EN CREAR, APRENDER, TRABAJAR.*

*Capacidad para estar a solas*

*Capacidad para estar con otros*

*Capacidad para desarrollar una secuencia*

*Capacidad para ligar el mundo interior con el exterior*

*Capacidad para nutrirse de los elementos informes de la personalidad*

**EL SENTIDO DEL HUMOR**

*Vincular pensamientos de manera novedosa y divertida*

*Transformar emociones penosas generando placer y alivio*

*Tomar una posición activa ante las circunstancias de la vida*

*Conectarse y entonar con los estados mentales propios y de los otros*

*Tolerar el dolor mental y sostener/resolver un conflicto*

**REGULAR LAS PROPIAS EMOCIONES Y / O ESTADOS**

*Sostener un conflicto, o la paradoja y no anularlo inmediatamente*

*Ser propositivo y no solo responsivo. Sentido de “agencia propia”*

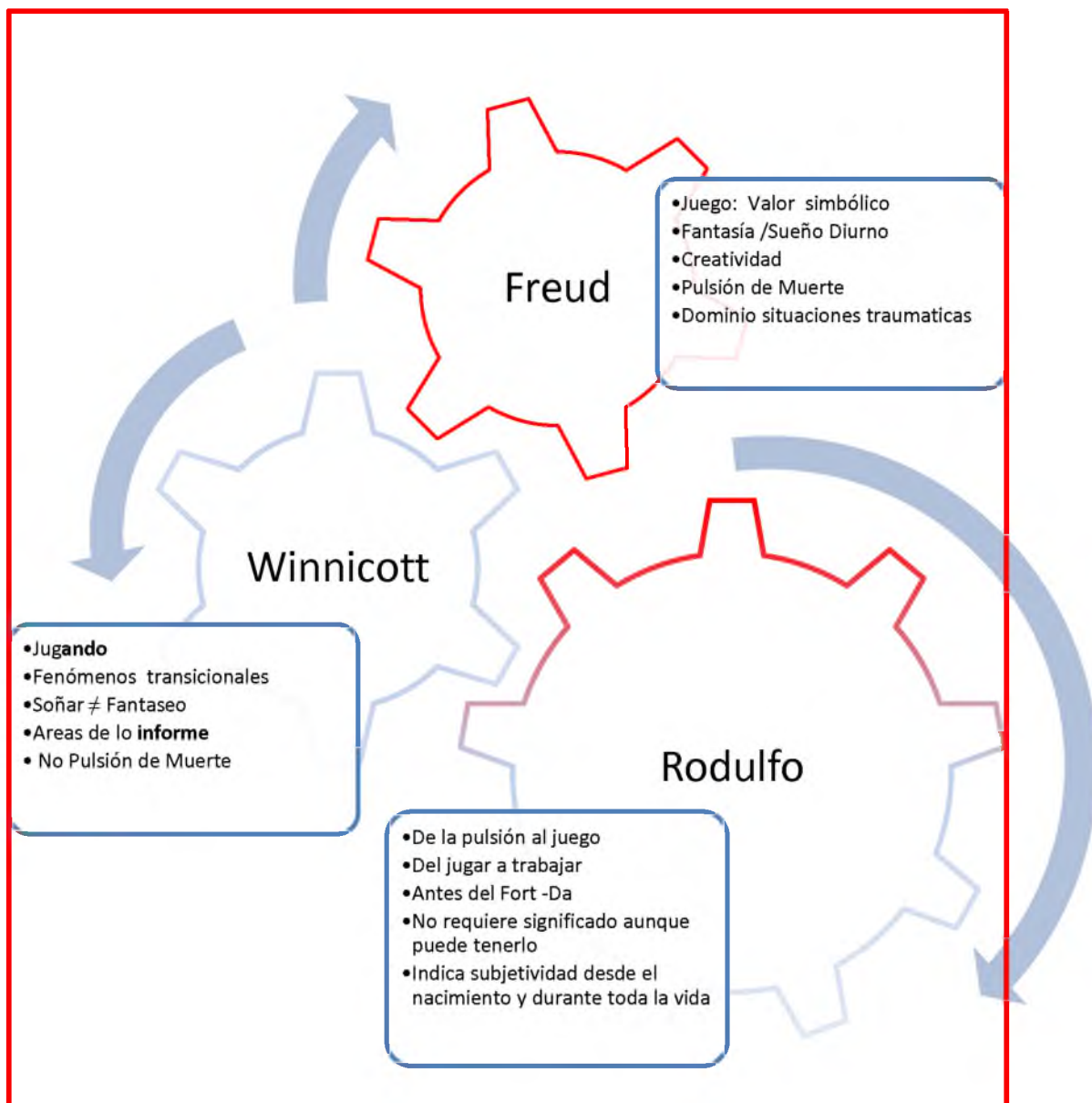
*Experimentar acontecimientos nuevos*

**INTEGRAR LO ERÓTICO CON LO TIERNO. TENER EXPERIENCIAS DE INTIMIDAD**

*Subjetivar la sexualidad*

*Compartir experiencias de intimidad*

## 2.1. JUGAR Y SUS TRANSFORMACIONES EN CREAR, APRENDER, TRABAJAR.



Para tratar el vasto tema del juego se revisaran aspectos centrales en las teorías de Freud, Winnicott y Rodolfo. Comenzaré por describir el pensamiento de cada uno por separado, señalando ciertas contradicciones internas en la teoría freudiana así como los puntos de coincidencia y de quiebre entre los diferentes autores, intentando establecer una especie de diálogo con ellos, para de esta forma, ir conceptualizando el tema en consideración.

### SIGMUND FREUD

En un artículo titulado *“El creador literario y el fantaseo”* Freud (1908, p. 127) afirma que *“La ocupación favorita y más intensa del niño es el juego. Acaso sea lícito*

*afirmar que todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él.*” En este texto Freud refiriere que el juego es una actividad psíquica que el niño toma muy en serio y al que dedica grandes afectos.

Hace notar como el chiquillo distingue muy bien la realidad del mundo de su juego pero que “*gusta de apoyar los objetos y circunstancias que imagina en objetos tangibles y visibles del mundo real.*” Opina que este apoyo es lo que aún diferencia el «jugar» infantil del «fantasear». Sin embargo dice también que **la antítesis del juego no es gravedad, sino la realidad**, afirmación que será comentada más adelante, al tratar el tema por otros autores.

Freud se ocupa de seguirle el rastro a esta actividad infantil y observa que “*el individuo en crecimiento cesa de jugar renunciando aparentemente al placer que extraía del juego.*” Sin embargo, fiel a su manera de pensar, Freud avanza sobre las apariencias, y afirma que lo que parece ser una renuncia es, en realidad, una sustitución o una subrogación. Afirma que “*cuando el hombre que deja de ser niño cesa de jugar, no hace más que prescindir de todo apoyo en objetos reales, y en lugar de jugar, fantasea. Hace castillos en el aire; crea aquello que denominamos ensueños o sueños diurnos.*” (Freud, 1908, p. 129) En este punto, destaca el hecho de que el lenguaje ha captado la íntima relación entre los sueños nocturnos y las fantasías, lo que se evidencia al nombrarlos de igual forma.

Luego Freud menciona que la multiplicación y la exacerbación de las fantasías crean las condiciones de la caída del sujeto en la neurosis o en la psicosis, constituyendo los estadios psíquicos preliminares de los síntomas patológicos.

Estas reflexiones comportan un aspecto de gran interés para esta investigación, ya que allí es posible observar cómo se abre, desde lo Normal, un amplio camino que conduce a la Patología. Deja pues, marcado un **punto de bifurcación con la enfermedad mental**.

### ***Una contradicción intra - textual***

En un principio Freud dice que la fantasía prescinde de todo apoyo en objetos reales, pero, cuando sigue caracterizando el fantasear menciona que “*sus productos, no son, en modo alguno, rígidos e inmutables. Muy al contrario, se adaptan a las impresiones cambiantes de la vida, se transforman con las circunstancias de la existencia del sujeto, y reciben de cada nueva impresión eficiente lo que pudiéramos llamar el «sello del momento».*” (Freud, 1908, p. 130)

Destaca, pues, su *relación- conexión- influjo-* con la realidad y con la temporalidad, es más, sostiene que la **relación de la fantasía con la temporalidad** es muy importante, ya que en el trabajo psíquico que la origina se enlaza una **impresión actual**, que desde el presente

puede despertar uno de los grandes deseos del sujeto, casi siempre **infantil** y crea una situación **futura** en la que despliega la satisfacción de dicho deseo en forma de sueño diurno o fantasía. “... *Así, pues, el pretérito, el presente y el futuro aparecen como engarzados en el hilo del deseo, que pasa a través de ellos.*”

Vuelve entonces sobre las relaciones entre el juego de los niños y el fantasear del adulto, afirmando que si bien ambos están regidos por los deseos insatisfechos, en el niño prima el **deseo de ser adulto**, deseo que colabora en el proceso de educación y que es bienvenido por los grandes, sin embargo el adulto sabe que **se espera que él no juegue ni fantasee** y además, entre los deseos que engendran sus fantasías hay algunos que él mismo considera algo pueril e ilícito y que necesita ocultar.

En este punto se pregunta **si es legítimo comparar al poeta con el sujeto que sueña despierto**. Para ello, “juega” a aplicar la tesis anterior referida a que el hilo del deseo fluye a través de la fantasía, uniendo el pasado con el presente y el futuro, en este caso en la creación poética. Encuentra, una acentuación llamativa de recuerdos infantiles en las obras literarias y piensa que ello apoya la hipótesis de que la poesía, como el sueño diurno, son *continuación o sustituto de los juegos infantiles*. Incluso en los casos en que los temas tratados se relacionen con mitos, leyendas o fábulas procedentes del acervo popular, concluye en que es muy probable que ellos correspondan a residuos de fantasías colectivas acuñadas en la breve historia de la humanidad.

Por último se preocupa por avanzar en el conocimiento de los **medios** con los que **el poeta consigue que sus creaciones despierten tan particulares efectos emotivos**. Vuelve a compararlos con la fantasía que es ocultada cuidadosamente por el soñador y cuya comunicación explícita no nos produciría placer alguno, siendo muchas veces incluso francamente desagradables. Refiere que “*cuando el poeta nos hace presenciar sus juegos o nos cuenta aquello que nos inclinamos a explicar cómo sus personales sueños diurnos, sentimos un elevado placer, que afluye seguramente de numerosas fuentes. Cómo lo consigue el poeta es su más íntimo secreto muy difícil de develar...*”

Freud sugiere que el poeta logra “*vencer las barreras que se alzan entre cada yo y los demás, mitigando el carácter egoísta del sueño diurno*” y que ello lo logra al brindar un placer meramente formal o estético que *facilita la génesis de un placer mayor, procedente de fuentes psíquicas más hondas*, designado por el cómo “**prima de atracción o placer preliminar**”. Concluye de la siguiente manera: “*A mi juicio, todo el placer estético que el poeta nos procura entraña este carácter del placer preliminar, y el verdadero goce de la obra poética procede de la descarga de tensiones dadas en nuestra alma. Quizá contribuye no poco a este resultado positivo el hecho de que el poeta nos pone en situación de gozar en*



*adelante, sin avergonzarnos ni hacernos reproche alguno, de nuestras propias fantasías.*”(Freud, 1908, p. 135)

### ***Reflexiones sobre este texto y la contradicción en caracterizar las fantasías***

Freud pone el foco en actividades y fenómenos mentales marginales y no incluidos en el estudio sistemático de la mente hasta ese momento y al referirse al **juego del niño**, lo hace como un **universal**, sin indagar aún por sus orígenes ni por aquellas circunstancias en las que el niño NO juega y por lo tanto, en las condiciones que deben darse para su aparición.

Por un lado Freud dice que *“no hace más que prescindir de todo apoyo en objetos reales, y en lugar de jugar, fantasea.”* Por otro, refiere que las fantasías no son rígidas e inmutables sino que se adaptan a las impresiones cambiantes de la vida, se transforman con las circunstancias de la existencia del sujeto, y reciben de cada nueva impresión *«el sello del momento»*. En este sentido señala el *gusto en apoyar los objetos y circunstancias que imagina en objetos tangibles y visibles del mundo real* como una característica del juego infantil.

Destaca así, la **importante relación de la fantasía con la temporalidad**, engarzando con su trabajo psíquico presente, pasado y futuro, **con el hilo del deseo**. Recuerda que el deseo infantil por excelencia, es el de **ser grande**, y al hacerlo, no limita el desear a recuperar un paraíso perdido, sino que también incorpora la idea de un avance hacia lo desconocido.

Deja planteado el origen común de fantasías, síntomas patológicos y creaciones poéticas. Surgen así algunos interrogantes ¿Cómo diferenciar una actividad de fantaseo saludable de otra pre o francamente patológica? A nuestro criterio podría ser indicador de patología lo siguiente:

- *Cuando las Fantasías son rígidas e inmutables*
- *Cuando la Relación temporal no fluye entre presente, pasado y futuro, sino que tiende a coagular en un solo periodo de tiempo.*
- *Cuando prescinde de todo apoyo en objetos reales*

Otros interrogantes pendientes ¿A qué se refiere con placer estético?, ¿Por qué atribuir a la **descarga de tensiones** el efecto placentero o de goce que produce la obra poética?

Estas incógnitas se irán retomando al considerar otros tópicos, tanto en el juego como en el humor.

Freud (1920, p. 12) continúa estudiando el juego del niño en su texto *“Más allá del principio del placer”*. Allí, el autor indaga en los procesos que escapan a lo que hasta el momento, la teoría psicoanalítica consideraba el motor de la vida psíquica: el principio del placer. Freud pensó que la investigación de los factores intervinientes en la reacción anímica al peligro exterior podía proporcionar *“nueva materia y nuevas interrogaciones al problema”*.

Se sumerge, pues, en las neurosis traumáticas, y observa que la vida onírica de dichas neurosis *“muestra el carácter de reintegrar de continuo al enfermo a la situación del accidente sufrido, haciéndole despertar con nuevo sobresalto. ... El enfermo hallárase, pues, por decirlo así, psíquicamente fijado al trauma.”*

Al interrogarse sobre el porqué, o él para que, de esa tendencia a la repetición incesante de experiencias no placenteras, encuentra que ciertas observaciones casuales de juegos infantiles, le sugieren algunas respuestas. **Describe** pues, el juego de niño de un año y medio, (su nieto Ernest, hijo de Sophie Freud) a quien pudo observar durante varias semanas: *“El chiquillo tenía un carrito de madera atado a una cuerdecita, y teniéndolo sujeto por un extremo, lo arrojaba con gran habilidad por encima de la barandilla de su cuna, haciéndolo desaparecer detrás de la misma. Lanzaba entonces un significativo o-o-o-o, que significaba fuera (fort), y tiraba luego de la cuerda hasta sacar el carrito de la cuna, saludando su reaparición con un alegre «aquí» (da), juego del cual no se llevaba casi nunca a cabo más que la primera parte, la cual era incansablemente repetida por sí sola, a pesar de que el mayor placer estaba indudablemente ligado al segundo acto.”* (1920, p. 21)

### ***La interpretación del juego por Freud***

Freud consideró que existía una conexión entre el juego desarrollado por su nieto y la renuncia a la satisfacción del instinto infantil de permanecer unido a su madre, al permitir el niño - sin resistencia alguna - el alejamiento de esta, circunstancia en la que se repetía especialmente dicha actividad. Señala que la marcha de la madre no puede ser de ningún modo agradable, ni siquiera indiferente para el niño y se pregunta cómo podría estar de acuerdo con el principio del placer el hecho de que el niño repita como un juego el suceso penoso para él. A continuación observa que en el juego, el niño logra tener un papel activo, al repetir por sí mismo un suceso que poco antes vivió pasivamente. Freud lo expresa como sigue:

*“En los juegos infantiles creemos comprender que el niño repite también el suceso desagradable, porque con ello consigue dominar la violenta impresión, experimentada mucho más completamente de lo que le fue posible al recibirla. Cada nueva repetición parece perfeccionar el deseado dominio.”* (Freud, 1920, p. 23)

Continúa con otras observaciones en las que hace notar que los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y que de este modo procuran un exutorio a la energía de la misma, haciéndose, por decirlo así, dueños de la situación, como por ejemplo cuando el médico le ha revisado la garganta o le ha hecho sufrir

alguna pequeña operación, es seguro que este suceso aterrador se convertirá en seguida en el contenido de un juego.

Destaca además, como lo ha hecho en el texto arriba mencionado, que todo juego infantil se halla bajo la influencia del deseo dominante en esta edad: el de ser grandes y poder hacer lo que los mayores.

Vuelve a retomar el dilema sobre la tendencia a la repetición en los sueños traumáticos, y piensa que si existe un «más allá del principio del placer», será lógico admitir también una prehistoria para la tendencia realizadora de deseos del sueño (principio del placer deja de ser hegemónico) y por lo tanto, concluye en que la obsesión de repetición sería en **interés de la ligadura psíquica** de dicha impresión traumática, condición previa para el funcionamiento del principio del placer.

A continuación, trabaja el concepto de “*construcciones*” en la terapia psicoanalítica, como una herramienta que permite aprovechar en beneficio del paciente dicha tendencia a repetir los sucesos traumáticos, en particular en la relación terapéutica.

El siguiente párrafo de cuenta de ideas de Freud que pueden considerarse vigentes en la actualidad “*Llegase así a sospechas que el impulso a **elaborar psíquicamente algo** impresionante, consiguiendo de este modo su total dominio, puede llegar a manifestarse primariamente y con independencia del principio del placer.*” (Freud, 1920, p. 29)

### ***Controversia sobre el concepto de Pulsión de Muerte o Principio de Inercia***

Otro de los conceptos tratados por Freud en 1920, el tema de las pulsiones de Vida - Eros y Pulsión de Muerte – Tánatos, aún hoy, generan importantes debates. Las siguientes citas se refieren a los tópicos en discusión “*Un instinto sería, pues, una tendencia propia de lo orgánico vivo a la reconstrucción de un estado anterior, que lo animado tuvo que abandonar bajo el influjo de fuerzas exteriores, perturbadoras; una especie de elasticidad orgánica, o, si se quiere, la manifestación de la inercia en la vida orgánica..... El principio del placer será entonces una tendencia que estará al servicio de una función encargada de despojar de excitaciones el aparato animico, mantener en él constante el montante de la excitación o conservarlo lo más bajo posible.*” (Freud, 1920, p. 43)

Se plantea así la discusión en relación a la vigencia de la teoría instintiva o de las pulsiones, referida a la necesidad primaria de un funcionamiento psíquico que descargue todo tipo de tensiones, tendiendo a un estado ideal cercano al cero. Este aspecto será discutido en los siguientes apartados.

## **Resumen de reflexiones emergentes de la concepción del juego propuesta por Freud en su texto “*Más allá del principio del placer*”**

- Otorga importancia a la observación y estudio de fenómenos marginales hasta el momento, buscando nuevas herramientas en la comprensión del funcionamiento mental de niños y adultos en circunstancias saludables y patológicas.
- Revisa sus propias teorías, cuestionando la hegemonía del Principio del Placer como motor de la vida psíquica.
- Se interroga sobre aquellas tendencias anímicas que no tienen como objetivo acceder a una sensación placentera y que además, tienden a repetirse.
- Observa que dichas tendencias aparecen ligadas a situaciones que pusieron en riesgo la vida o integridad de la persona.
- Describe el juego de un niño de corta edad, en el que cree observar la repetición de una situación traumática paradigmática, como la separación de su madre. Este juego, conocido como “*Fort da*” en ámbitos psicoanalíticos, tiende a ser tomado como el primer juego infantil y como paradigma de todos los juegos.
- Formula la idea de que el impulso a repetir el juego podría atribuirse a un intento de elaborar psíquicamente algo impresionante para el sujeto, consiguiendo su dominio psíquico al repetir activamente un suceso que antes vivió de manera pasiva.
- Dicha necesidad de dominio se manifestaría primariamente y con independencia del principio del placer.
- Trabaja el concepto de construcciones en psicoanálisis, considerando que la tendencia a repetir en la transferencia con el terapeuta situaciones que no alcanzaron el necesario dominio psíquico, brinda una herramienta de máximo valor terapéutico.
- Concepto en Discusión. Trata la existencia de una pulsión de muerte, postulando la idea que el impulso básico de la vida sería despojarse de toda excitación, manteniendo el nivel de energía del aparato anímico lo más bajo posible ( $Q=0$ ).

### **DONALD WINNICOTT**

*“Los momentos en que el poeta primitivo que hay en cada uno de nosotros nos creó el mundo exterior, al encontrar lo familiar en lo desconocido, son quizás olvidados por la mayoría de las personas, o bien se los guarda en algún lugar secreto del recuerdo, porque se parecen demasiado a visitas de los dioses como para mezclarlos al pensamiento cotidiano”* (Milner, 1957. Citado por Winnicott 1971, pág. 62)

Es difícil seleccionar que aspecto de la obra de Donald Winnicott es más representativo del valor que el jugar tiene en la vida psíquica pues el espíritu del juego está

diseminado en la mayoría de sus pensamientos. Un recorte necesario incluye una revisión de su último libro, *“Playing and Reality”* traducido al castellano como Realidad y Juego (Winnicott, 1971).

Este libro, presenta una dificultad en la traducción, puesta de manifiesto en el prologo de Pontalis, quien advierte que “juego” no es, sin duda alguna, el equivalente de *“playing”*. En primer lugar la palabra juego no permite diferenciar entre aquellos que comportan unas reglas determinadas –*game*– y aquellos que no lo hacen –*play*–; por ejemplo si nos referimos a un partido de fútbol o al niño que infunde movimiento a su sonajero o parlotea con su osito de felpa, usamos el mismo término. Pontalis sugiere que quizá esto no sea lo más importante, *“pues la ausencia de reglas explícitas y bien determinadas no implica necesariamente la ausencia de toda regla, por más que ésta escape a menudo a la atención del observador o incluso al mismo jugador. El hecho que el niño dé la impresión de estar haciendo “cualquier cosa” no nos autoriza a concluir que se esté entregando a una “pura actividad lúdica” y que no esté precisamente constituyendo una regla por medio de su juego “.* Pontalis menciona luego el juego del carretel, que Freud estudió en su nieto y sugiere que los juegos estrictamente definidos por reglas que gobiernan su curso – *“game”* – permiten descubrir, por su organización y voluntad de dominio, un intento de evitar lo que la ausencia de reglas en el juego tiene de enloquecedor.

Una segunda razón, más significativa a juicio de Pontalis, hace que la traducción de juego por *playing* resulte inadecuada y es la creciente **insistencia** que Winnicott concede a la **función**. Señala que en este libro, son **esenciales los “términos que indiquen un movimiento, un proceso que se está realizando, una capacidad,...”** Ello implica que el acento está puesto no tanto en los objetos, como en **los fenómenos y en las experiencias**, quizás por ese motivo, sus referencias clínicas no aluden a diagnósticos cerrados, sino a casos límite, desafíos profundos a los límites de toda organización. Según lo expresara Winnicott *“Resulta evidente que establezco una diferencia entre el sustantivo ‘juego’ y el verbo sustantivado ‘el jugar’”*.

A lo largo de toda su obra, y en particular, en los textos aquí considerados (Winnicott 1971, p. 47- 92) el autor transcurre libremente, en un ir y venir, por varios tópicos, todos ellos enlazados con el juego: el desarrollo saludable, las nociones de tiempo y espacio, lo informe, la creatividad, la psicoterapia. Más de una vez, deja en claro que más allá del uso que se le dé ***“...lo universal es el juego, y corresponde a la salud.”***

Afirma también que todo lo que diga sobre el jugar de los niños rige, en verdad, para los adultos y que ello se manifiesta, por ejemplo, en la elección de palabras, en las inflexiones de voz, y por cierto que en el sentido del humor.

## Fenómenos Transicionales

El jugar tiene un **lugar** y un **tiempo**.

*“No se encuentra adentro...”* (En el mundo interior que alcanza una asociación psicosomática); *“Tampoco está afuera...”* (En la realidad exterior; que tiene sus propias realidades, se puede estudiar en forma objetiva y por mucho que parezca variar según el estado del individuo que la observa, en rigor se mantiene constante).

Ni dentro ni fuera. ¿A dónde entonces?

Winnicott habla de un **espacio potencial entre la madre y el niño**, que constituye el **campo de juego**; es decir, el campo de donde emerge el jugar. Además, **marca una posición activa** al decir que *“Para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer.”*

En este punto, Winnicott (1971, p. 31) enlaza la noción del **tiempo** en forma de **secuencias** al afirmar que *“Es posible describir una secuencia de relaciones vinculadas con el proceso de desarrollo y buscar dónde empieza el jugar.”*

Estos conceptos encuentran una relación directa con los objetivos de esta tesis ya que **si el jugar se vincula directamente a la salud y es posible describir una secuencia en su desarrollo, es posible seguir este indicador de salud a lo largo de la vida.**

Gran parte de la obra de Winnicott está dedicada al estudio del desarrollo emocional saludable incluyendo la consideración del medio en el que el niño está inmerso. En el capítulo antes mencionado especifica cuatro momentos fundamentales (1971, p. 17- 47):

–El niño tiene una visión subjetiva del objeto (o sea del mundo exterior a él) y la madre se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar.

–El objeto es repudiado, re-aceptado y percibido en forma objetiva. *“Ello significa que la madre (o parte de ella) se encuentra en un “ir y venir” que oscila entre ser lo que el niño tiene la capacidad de encontrar y (alternativamente) ser ella misma, a la espera que la encuentren.”* Si esto sucede satisfactoriamente, el niño vive cierta experiencia de control mágico, denominada “omnipotencia”, proceso intrapsíquico que se acopla con el dominio de lo real. *“La confianza en la madre constituye entonces un campo de juegos intermedio, en el que se origina la idea de lo mágico, pues el niño experimenta la omnipotencia... Yo lo denomino campo de juego porque el juego empieza en él.”*

–La siguiente etapa consiste en **encontrarse solo en presencia de alguien**. “El niño juega entonces sobre la base del supuesto de que la persona a quien ama y que por lo tanto es digna de confianza se encuentra cerca, y que **sigue estándolo cuando se la recuerda, después de haberla olvidado.**”

–El niño permite ahora una superposición de dos zonas de juego y puede disfrutar de ello... “**Así queda allanado el camino para un jugar juntos en una relación.**”

De este modo Winnicott va buscando el rastro a esa tendencia “natural” a jugar que tienen los niños, dando cuenta que si bien hay una predisposición a dicho desarrollo es necesario un complejo despliegue de interacciones, que nunca está asegurado del todo, dándole un carácter de precariedad que lo hace apasionante para quien puede sumergirse en él. Lo expresa como sigue “*El juego es muy estimulante. Y no lo es porque los instintos estén principalmente involucrados en él. Lo que siempre importa es lo precario de la acción recíproca entre la realidad psíquica personal y la experiencia del dominio de objetos reales. Se trata de la precariedad de la magia misma, que surge en la intimidad, en una relación que se percibe como digna de confianza.*” (Winnicott, 1971. p. 74)

### **Síntesis conceptual del jugar según Winnicott**

–“*El juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una **forma básica de vida***”

– “*Para entender la idea del juego resulta útil pensar en la preocupación que caracteriza el jugar de un niño pequeño. El contenido no importa. Lo que interesa es el estado de casi alejamiento, afín a la concentración de los niños mayores y los adultos. El niño que juega habita en una región que no es posible abandonar con facilidad y en la que no se admiten intrusiones.*”

–El campo de juego está en un espacio transicional entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior, e implica confianza entre el bebé (o niño) y su madre.

–“*En la zona de juego el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra derivada de la realidad interna o personal. Sin necesidad de alucinaciones, emite una muestra de capacidad potencial para soñar y vive con ella en un marco elegido de fragmentos de la realidad exterior.*”

- “Al jugar, manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños, e inviste a algunos de ellos de **significación y sentimientos oníricos**.”<sup>12</sup>
- “Hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de este al juego compartido, y de él a las **experiencias culturales**.”
- El juego compromete al **cuerpo** debido a la manipulación de objetos, y porque ciertos tipos de interés se vinculan con aspectos de excitación corporal.
- La excitación corporal en las zonas erógenas amenaza el juego, y el placer experimentado en el mismo implican que el despertar de los instintos no es excesivo como para interrumpir su proceso.
- “El juego llega a su **propio proceso de saturación**, que corresponde a la capacidad para contener experiencias.”
- El juego es **intrínsecamente excitante y precario**. “Ello no deriva del despertar de los instintos, sino de la precariedad de la acción recíproca, en la mente del niño, entre lo que es subjetivo (casi alucinación) y lo que se percibe de manera objetiva.”

## Relaciones con la psicoterapia

“El psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunicación consigo mismo y con los demás.” (Winnicott, 1971, p. 79)

Winnicott hace un muy breve recorrido sobre el abordaje que otros autores, en particular Melanie Klein dieron al tema y destaca que él interés parecía estar en **detectar cual era el contenido, la fantasía, que acompañaba al juego más que en observar al niño que juega, y en estudiar el juego como una cosa en sí misma**.

El juego por sí mismo es una terapia, que excede la práctica psicoanalítica, ya que su aplicación es inmediata y universal. Refiere que en la zona de superposición entre el juego del

---

<sup>12</sup> M. Ende, en su Cuaderno de Apuntes, trata a su manera estas cuestiones: “¿Por qué escribe usted solamente relatos fantásticos? ¿O mezcla usted verdad y fantasía? Por ejemplo Momo es una historia que no puede suceder en la realidad. ... Aquí sólo puedo dar una idea general de ciertos motivos esperando que, si ustedes reflexionan sobre ellos, encontraran bastantes cosas, la primera es preguntarles lo siguiente: ¿qué significa, pensándolo bien, la palabra “realidad”? significa “lo que realiza algo, lo que es efectivo”. Entonces hay indudablemente muchísimas cosas que no se pueden ver ni tocar y que son realidad, por ejemplo, sentimientos, deseos, pensamientos. Si se quieren describir tales realidades que están en nosotros mismos, entonces sólo es posible hacerlo mediante imágenes que son distintas de las del mundo exterior. Son más bien como nuestros sueños. Todos soñamos a veces cosas raras. En el sueño todos, en el fondo, somos autores de cuentos. Por ejemplo, en un cuento yo puedo decir simplemente: “Yo estaba triste y deprimido”. Pero también puedo describir cómo llego a una zona pantanosa, inquietante, envuelta en nieblas, y siento como a cada paso que doy en ellas me vuelvo cada vez más pesado. Creo que de esta manera se describe la vivencia de la desesperanza mejor y más claramente que si digo simplemente: “Yo estaba triste y deprimido”. En resumen, yo intento escribir a la manera de nuestros sueños. Y los sueños si existen, o sea, los sueños también son reales. No existe solamente una realidad, sino muchas realidades muy diferentes. O quizás sea mejor decir que sólo hay una realidad, pero que es como una casa con muchos pisos, y según en cuál de ellos esté uno, se tiene una perspectiva diferente del mundo. Los pisos son nuestras representaciones, pensamientos y sentimientos. En otros tiempos o en otros pueblos se tenían otras representaciones, y por eso allí la realidad significaba una cosa distinta. Yo describo el mundo desde pisos diferentes. Algunas personas que nunca han salido de su piso dicen: “Todo eso no existe, si no, yo tendría que conocerlo”. Pensar así no es otra cosa que un hábito, pero un mal hábito.”



niño y el de la otra persona, existe la posibilidad de introducir enriquecimientos (educación) y de eliminar obstáculos para el desarrollo (psicoterapia).

Lo anterior debe incluir una actitud social positiva respecto al juego, incluyendo el reconocimiento de que este puede llegar a ser aterrador.

### **El juego: Actividad Creadora y búsqueda de la persona**

*“En el juego, y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador.”*  
(Winnicott 1971, págs. 79)

Winnicott dedica este capítulo al estudio de la creatividad como característica de la vida. Se refiere al encuentro frecuente en su trabajo clínico, de individuos que buscan ayuda para encontrarse con su persona. Alega que lo que ellos necesitan es una nueva experiencia que incluya los elementos de la personalidad no integrada, lo informe. Se refiere a los aspectos que hacen posible el relajamiento, correspondiente a la confianza y a la aceptación de la seguridad profesional en el marco terapéutico del que se trate. En estas condiciones hay cabida para la idea de secuencias de pensamiento no relacionadas entre sí, que no necesitan tener un hilo significativo de unión entre ellas.

Winnicott, en el texto arriba mencionado, propone la siguiente sucesión *“relajamiento en condiciones de confianza basada en la experiencia, actividad creadora, física y mental, manifestada en el juego y suma de estas experiencias para formar la base de un sentimiento de la persona.”*

El resultado depende de que exista cierta proporción de reflejo hacia el individuo, por parte de alguien digno de confianza (amigo, terapeuta) que ha recibido la comunicación.

La siguiente intervención interpretativa con una paciente captura la sutileza y fragilidad de dichos momentos. *“Ocurren muchas cosas, y todas se marchitan. Son la infinidad de muertes de que ha muerto. Pero si hay alguien ahí, alguien que pueda devolver lo que ha sucedido, entonces los detalles enfocados de ese modo se convierten en parte de usted, y no mueren”*

Comentario de su Paciente *“La gente usa a Dios como analista; alguien que está presente mientras una juega.”*

Los temas tratados por Winnicott (1971, p.47) en el capítulo **Sueños, fantasía y vida** permiten avanzar en los conceptos de Freud (1908) al referirse a las fantasías ya que profundiza en las sutiles diferencias cualitativas que existen entre las variedades de fantaseo y sus relaciones con la Salud y la Enfermedad Mental.

**La vida y el soñar.** Winnicott (1971, p.57) piensa que *“los sueños y la vida pertenecen al mismo orden, en tanto soñar despierto corresponde a otro. Los sueños encajan en la relación con los objetos en el mundo real, y la vida en este mundo coincide con el mundo de sueños en formas muy familiares,... El fantaseo, en cambio, es un fenómeno aislado, que absorbe energía, que no contribuye al soñar ni al vivir. “Se observará que el juego creador se vincula con el soñar y el vivir, pero que en esencia no pertenece al fantaseo.”*

Continúa reflexionando sobre la acción y la vida en el mundo real al decir que *“El fantaseo obstaculiza la acción y la vida en el mundo real o exterior, pero mucho más obstaculiza el soñar y la realidad psíquica personal, o interna, el núcleo viviente de la personalidad individual. “*

Uno de los modos de **distinguir** entre el fantaseo y la verdadera planificación, es que el primero paraliza la acción, mientras que el segundo tiene que ver, justamente, con el ansia de la acción.

**Disociación.** *“Otro rasgo distintivo entre estos dos tipos de fenómenos consiste en que mientras una buena parte de sueños y de sentimientos concernientes a la vida puede ser reprimida, es algo muy distinto que la inaccesibilidad del fantaseo. Esta inaccesibilidad se vincula con la disociación antes que con la represión. “*

**Omnipotencia.** En el fantaseo, se conserva la omnipotencia y es posible lograr cosas maravillosas, inmediatamente, en estado de disociación. Esto es muy distinto a la experiencia de omnipotencia de las primeras experiencias del “yo” y “no yo” que corresponden a una dependencia saludable, ya que en el fantaseo la omnipotencia tiene que ver con la desesperación respecto a la dependencia y no con el aspecto colaborativo de la misma en salud.

**Lo informe.** En Salud es necesario contar con la posibilidad de incluir los elementos de la personalidad no integrada, lo informe, aspectos que se tornan rígidos e inaccesibles en algunas patologías, a veces poco sintomáticas o “mudas”.

### **Breve relato clínico del trabajo de Winnicott y su paciente**

A través del relato de algunas sesiones con una mujer de mediana edad puede seguirse de una manera muy clara la delicada caracterización, que ambos, analista y paciente, van haciendo de este fenómeno psíquico. Se trata de lo siguiente; la mujer despertó y se vio cortando y trabajando en el modelo de un vestido. Se preguntó si era un sueño o el fantaseo que había hablado con Winnicott. Reflexiona que *“La palabra clave era lo informe, porque así es la tela antes de que se le aplique el molde, se la corte y se la cosa... En un sueño eso*

*habría sido un comentario sobre su propia personalidad y el establecimiento de sí misma. Tendría solo cierta relación con un vestido. Más aún, la esperanza que le haría sentir la posibilidad de hacer algo con lo informe surgiría entonces de la confianza que tenía en su analista, quien debe contrarrestar todo lo que trae desde su niñez. El ambiente de su infancia parecía no permitirle ser informe; al contrario, sentía que debía moldearla y cortarla en formas concebidas por otras personas.”*

Interpretación de Winnicott a su paciente *“Dije que el fantaseo se refería a cierto tema y era un callejón sin salida. No poseía valor poético. Pero el sueño correspondiente tenía poesía, es decir, capa sobre capa de significación vinculadas con el pasado, el presente y el futuro, y con lo interior y lo exterior, y referidas siempre, en lo fundamental, a ella.”* Esta poesía del sueño es lo que falta en su fantaseo,... (Winnicott 1971, p. 78- 82)

### ***Salud no implica comodidad ni ausencia de inquietud***

La paciente pudo formular lo siguiente *“He estado haciendo solitarios durante horas, en mi habitación desierta, y está en verdad desierta, porque mientras juego al solitario no existo de veras. De modo que podría llegar a interesarme por mi misma”*. Este comentario expresaba una mirada menos disociada sobre sí misma que no había tenido hasta el momento, *“e implicaba que al volver a su casa ese día podría encontrarse menos enferma, es decir, menos rígidamente establecida en una organización de defensa...En lugar de predecir todo lo que ocurrirá, ahora ya no puede decir si irá a su casa y hará algo que deseaba hacer, o si el juego del solitario se apoderará de ella. Resultaba claro que sentía nostalgia por la certidumbre de la pauta de la enfermedad, y una gran ansiedad ante la incertidumbre que acompaña a la libertad de elección.”*

Estas últimas consideraciones implican que es previsible encontrar mayor ansiedad e incertidumbre al disminuir la rigidez de las pautas defensivas, lo que paradójicamente, se acerca más a la Salud que a la Patología.

### **Revisión del pensamiento de Winnicott. Puntos de encuentro y desencuentro con Freud.**

Destacamos dos conceptos que diferencian a Winnicott de Freud a. Winnicott no atribuye al juego una única función ligada al dominio de lo traumático y b. Diferencias en conceptos de fantasía y sus relaciones con el juego y los fenómenos oníricos.

Con respecto a las funciones del juego Winnicott relaciona el jugar con distintas secuencias en el desarrollo psicoemocional. Considera que el juego es una experiencia siempre creadora, vinculada con la sensación de continuidad témporo espacial, y fundamentalmente una forma básica de la vida. La creatividad y el encuentro con la persona que hay en cada individuo, emergen en el campo de juego que está en un espacio transicional entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior, e implica confianza entre el bebé (o

niño) y su madre. De esta manera, se deja lugar para la integración de los elementos informes que siempre deben existir en una personalidad saludable.

En relación con la **fantasía**, Winnicott ayuda a diferenciar aspectos clínicos que eran confusos en las primeras consideraciones de Freud, estableciendo que el fantaseo tiene un tinte patológico, que aleja a la persona de la acción, de la vida real y de su mundo interno.

Retomando conceptos de Freud al decir que la **antítesis del juego no es gravedad, sino la realidad**, podemos ver como Winnicott sugiere que **no se trata de antítesis, sino más bien de una corriente continua de cooperación mutua**, en la que el juego se apoya en la realidad, y ésta en el juego del que emerge cierto equilibrio, inestable, precario, siempre “en juego”.

#### **Consecuencias para la psicoterapia**

*“La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo.” (Winnicott, 1971, p. 91)*

#### **RICARDO RODULFO**

Da la impresión que el juego otorga forma a la trama conceptual elaborada por Ricardo Rodulfo descubriendo, destacando, valorizando, analizando, integrando, tanto los aspectos saludables como las dificultades, que suceden en el desarrollo humano.

Puede verse en su pensamiento que el jugar es un hilo conductor, indicador clínico ligado a descubrimientos que sorprenden a madre –hijo, terapeuta – paciente, docente – alumno por igual, a través de un sostén que no se confunde con imposición. Sin temor a conceptualizar la alegría y no solo la angustia, con sus ideas se puede seguir las vicisitudes del crecimiento personal a cualquier edad, búsqueda permanente de lo novedoso y de su transformación en un territorio compartido, mapa conceptual que ayuda a no perder de vista fenómenos cotidianos, ordinarios, que quizás, justamente por su obviedad son invisibilizados en las teorías científicas tradicionales. Intentaré un recorrido que abarque los conceptos fundamentales que tienen relación con esta investigación.

## **El niño y el significante Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana**

Buscando respuestas a la pregunta que formulara Winnicott sobre cuando empiezan a suceder las cosas importantes y cuáles son las funciones que ponen en marcha estos procesos esenciales, Rodulfo (1989, p. 23) precisa que *“antes y desde el nacimiento, van ocurriendo importantes sucesos y el playing winnicottiano es el eje sobre el que se producen las transformaciones que moldean el psiquismo saludablemente”*.

En un texto denominado *¿Donde viven los niños?* (Rodulfo, 1989) considera la necesidad de que los diagnósticos psiquiátricos y/o psicológicos no se limiten a la descripción sintomática (diagnóstico tradicional), sino que incluyan aquello que el niño “respira”, como clima familiar, imprescindible para la vida humana.

Se refiere al mito familiar en el que el niño es colocado desde antes de nacer, y en el que está inmerso desde los primeros minutos de vida *“a través de prácticas cotidianas que incluyen actos, dichos, ideologemas, normas educativas, regulaciones del cuerpo que forman un conjunto.”* Conceptualiza el mito familiar como un *puñado de significantes* dispuestos de una manera particular y que configuran un plano propio de la subjetividad humana. (Significante: aquello que no remite a la cosa directamente, sino a otro significante a diferencia con el signo que si remite a la cosa). De modo que el significante, da lugar a la formación de una cadena de sentidos diversos que configuran el psiquismo y *“la tarea originaria de un bebé cuando viene al mundo es tratar de encontrar significantes que lo representen..., no basta con el nombre y el apellido que le es impuesto.”*

Aclara también que *“El mito familiar es una cosa extremadamente heteróclita, jamás un sistema armonioso y homogéneo... Su organización es la del collage, donde los elementos están bastante mal pegados, y así permiten la subsistencia de muchas contradicciones. De modo que en realidad el mito familiar no tendría como imponer al niño una dirección unívoca de la que él mismo carece. En conjunción con la espontaneidad, esto produce lo imprevisible.”*? (Rodulfo, 1989, p. 35)

Es posible afirmar que el niño extraerá materiales del mito familiar, **pero no es posible predecir a priori sobre cuales aspectos tomará y cuales rechazará de ese gran archivo.**

El bebé debe trabajar y aun luchar para conseguir sus propios significantes. Los padres no pueden hacerlos por ellos ni imponerlos, pero si deben estar presentes para ofrecerse al niño como fuente de donde extraer dichos materiales.

Esto implica que para poder encontrar dichos significantes y poder tejer con ellos la nascente trama psíquica, se requiere estar inmerso en un clima afectivo; de esta manera el

bebé tendrá un lugar, tanto en el sentido literal, espacio físico, habitación, cuna, moisés, como en la mente de otro(s). Para trabajar dicho concepto Rodulfo, en el mismo texto, se vale de una cita del poeta Michaux quien escribe *“El amor es la ocupación del espacio”. Ocupar espacio físico viniendo al mundo, pero sobre todo ocupar lugar en el deseo del Otro, sin el cual la vida, de entrada, pierde toda posibilidad de sentido...”*

Más adelante sugiere lo siguiente *“El deseo es lo que circula en toda cadena de significantes y hace que esta nos interese... pensamos en cadenas, a su turno encadenadas por el deseo.”*

En coherencia con lo anterior, Rodulfo expresa que la *“primera tarea que tiene el bebe es de tipo extractivo: ha de arrancar los significantes que lo representen.”* Los significantes dan lugar al registro de un cuerpo, sentido y reconocido como propio, lo cual excede al cuerpo biológico, ya que se trata del cuerpo erógeno y relacional que dará lugar a las representaciones mentales de sí mismo y del –los- otro-s.

### **El cuerpo se constituye jugando**

Decía entonces que, para que el bebe pueda pasar a ese archivo en procura de encontrar los significantes indispensables para su constitución subjetiva, es condición necesaria que haya allí otro que dé lugar. Y justamente el mito familiar, ese lugar a donde se van a buscar significantes, es en un primer término el cuerpo materno.

Esta temprana actividad es experimentada como un juego, un juego en el que la madre permite el contacto con su cuerpo y la manipulación del mundo circundante, que también *la* representa en esta etapa. De tal manera, el mito familiar cobra forma en la intimidad de la relación madre/ padre hijo y se inscribe con la actitud, tensión o relajación corporal, con las miradas, palabras, contactos, estilos de manipular, de sostener, de responder a sus gestos. El mito familiar no es, entonces, un discurso exterior, en forma de narraciones, sino que se encuentra, en primer instancia en el, o a través del- cuerpo mismo de la madre, en un espectro sumamente sutil, amplio y multisensorial.

Prueba de ello es esa *“actividad extractiva a la que se dedica de lleno un bebé tan pronto nace. El cuerpo del Otro es el yacimiento por excelencia, y así vemos al pequeño meter sus dedos en cualquier orificio de aquél: oreja, boca, nariz, ojos, así como tirar del cabello y de cualquier objeto colgante que esté a su alcance, collares, aros, ropa.”*. (Rodulfo, 1989, p. 45)

De dicho encuentro emerge la posibilidad de construir un cuerpo imaginado, primer lugar en un mundo simbólico que el niño puede habitar.

## **Jugando a constituir superficies y dar continuidad**

El primer juego del bebé es entonces, una actividad múltiplemente extractiva que empieza muy pronto con la boca, los ojos, los oídos<sup>13</sup>, y apenas sus manitos adquieren madurez neurológica puede observarse como el pequeño consigue pequeñas cosillas, desechos, lanitas, pelusas, secreciones, mocos y demás.

Podemos ver como el bebé se embadurna con todo entusiasmo, forma con las sustancias que tiene a mano una película homogénea, disfrutando de estar siempre pegoteado con una sustancia imprecisa mezcla de comida, moco, baba. Todo ello le sirve de materia prima con la que va fabricando superficies continuas, extensiones, trazados sin solución de continuidad. Se puede ver como el bebé no querrá que se le saque cualquier pegote de la cara, *“mostrando su enojo como si lo despojáramos de una parte sustancial de su cuerpo, la que lo cohesiona.”* Esta banda, que recuerda la de Moebius, da cuenta de operaciones mentales previas a la constitución de categorías dentro- fuera y ello puede verse, entre otras cosas, en que dicho pegoteo, tiende a incluir a los cuidadores primarios, madre, padre, o quienes se encuentren involucrados con el niño.

“Juego”, al servicio de dar cohesión y sentido, hacer suyo algo de lo que hasta ese momento era ajeno, inentendible, inabarcable: su propio cuerpo. Trama tejido a dos (o más) puntas, con el hilo del propio deseo y el amor del otro, el bebé encuentra de donde agarrarse y como dar forma a lo que va emergiendo.

## **Derivaciones de las primeras funciones del jugar**

El objetivo de describir esta primera cualidad del jugar, que también es la primera manera de relacionarse de un ser humano, es mostrar que esta capacidad se va gestando desde el nacimiento y que sigue durante toda la vida.

Los siguientes son solo algunas referencias que propone Rodolfo y que ayudan a detectar la presencia de infinidad de matices de este primer juego que pueden verse en niños más grandes y en adultos:

- Ciertos juegos en el consultorio, con niños pequeños o muy perturbados (aspectos o patología psicótica o autista) requieren tener una cantidad de agua suficiente para cubrirlo todo, como unificando o ligando aquello que aparece fragmentado. Ello alude a problemáticas de la superficie arcaica, episodios de embadurnamientos, concretos o figurados, que incluyen al terapeuta y al consultorio junto a su propio cuerpo.

---

<sup>13</sup> Comerse el mundo, tragarse al otro con la mirada, llenarse los oídos, son expresiones que dan cuenta de experiencias extractivas o incorporativas que incluyen pero también exceden ampliamente lo “oral”.

- Discurso verbal, o escritura de pacientes paranoicos con abolición de signos de puntuación que dificultan en gran medida la lectura. Flujos sin corte, banda restituida frente a la amenaza inminente de caos y desintegración.
- Dibujos con contornos deshilachados, o en flecos, bastante común en niños psicóticos.
- Patologías depresivas en las que es evidente la búsqueda de esta función de envoltura, reencontrada en conductas como el taparse, brindarse calor, buscar cobijo. Más notoria aún en la figura del linyera que evidencia crudamente la necesidad de envolverse con diarios, cartones, ropones, restos de secreciones, olores, exceso de pilosidad, que le permitan crearse, capa sobre capa, una superficie continúa en un trabajo de restitución interminable.

Todo ello da cuenta de un uso defensivo de fenómenos psíquicos muy precoces que están destinados a brindar la sensación de *“esto soy”*, más que *“esto tengo”*. Quede claro que la función de crear superficie no es lo patológico, más bien, ella está intacta y disponible para su uso defensivo, intentos de curación de sensaciones de fragmentación y de otras angustias primitivas.

- Si un niño respeta demasiado a un juguete, sin poder desarmarlo, ni darle diferentes usos, ensuciarlo, modificarlo está mostrando una inhibición lúdica que expresa algún impedimento para “poner en juego” su deseo.
- Algo similar ocurre con los adultos que aceptan punto por punto determinada teoría o propuesta sin animarse a introducir nada propio en ello: *“Para convivir con una teoría y soportarla es imprescindible poder ensuciarla y ultrajarla (en el sentido erótico que el psicoanálisis le da) el “respeto” basado en la idealización impide agujerear, sus efectos son inhibitorios.”* (Rodulfo, 1989, p. 45)
- En algunas familias en el que la madre / el padre tienen discursos totalmente cerrados que son imposibles de hacer trastabillar, sucede que el niño o el adolescente no pueden encontrar ninguna fisura, ni suficiente espacio para poder introducir algo nuevo, e intentan desesperadamente “agarrarlos en algo” para poder ser. Padres que no permiten ser agujereados en su presentación ideal, dificultando la extracción de significantes que puedan ser rotos, modificados, cambiados de lugar, recompuestos de diferentes maneras.
- La cara saludable de esta función, puede verse en la necesidad, de los padres y cuidadores, de crear rutinas para el bebe y los niños pequeños como otra forma, fundamental, de fabricación de superficies. Se trata de medios para armar una



cotidianidad con ciertas regularidades y previsiones para un sujeto al que todo le es imprevisible o impensable, en un mundo absolutamente nuevo.

- Otro aspecto de las funciones que cumplen las rutinas se hace notorio cuando se produce una discontinuidad en la vida cotidiana, por ejemplo por una enfermedad o por un viaje, en donde al cabo de un tiempo es habitual que se desee intensamente reencontrarse con esas pequeñas cosas, propias de sus lugares habituales. Según lo expresa Rodulfo (1989, p. 48) *“... cuya delicia señala el reflujo del investimento libidinal sobre territorios temporariamente abandonados. No dura mucho, la superficie recuperada de lugares y de tiempos vuelve a hundirse en su silencio fiel.”*

### **Síntesis de la función de superficie**

- Toda la cotidianidad en su sentido de plataforma, de apoyo, es heredera del sentido de intimidad y continuidad que se haya podido generar jugando con la madre desde el nacimiento.

- Cuando no ha quedado una superficie organizada, hay que construirla - restitutivamente - día por día y con lo que se pueda.

- Desde una perspectiva de Salud, la persona debe poder ser protagonista, junto con los otros, de su propio mito familiar “en lugar de verse limitado a repetir rutinariamente toda la vida la misma escena.”

- Lo anterior emerge en un terreno de juego compartido en el que no es posible saber de antemano como cada significante incidirá en un sujeto y en el que se deben tolerar la inevitable la coexistencia conflictiva de significaciones.

Como se expresara anteriormente, esta descripción de un primer juego y sus implicancias a lo largo de la vida, es a modo de **referencia de una capacidad recursiva que va adoptando diferentes formas como expresión del sentimiento de estar vivo.**

### **Consideraciones sobre el texto “La tesis sobre el jugar. Más acá del juego del carretel.”**

Rodulfo realiza una revisión conceptual profunda sobre las formulaciones de Freud en relación a la Pulsión de Muerte y a las Pulsiones en general, liberando al jugar de ataduras teóricas que impedían avanzar en su comprensión y trascendencia práctica.

Expresa lo siguiente (Rodulfo, 2008, p.7) *“Este principio (de inercia, “pulsión o “instinto” de muerte) dice taxativamente que no hay tendencia más originaria del psiquismo que la de lograr un estado de quietud absoluta, cero de excitación. Cualquier otra tendencia es secundaria, derivación de aquella, modificación de aquella, negociación de aquella con la realidad “exterior”. De una vez para siempre, esta proposición –enunciada por Freud como*

*una ley básica—impugna al psiquismo de un carácter reactivo—ya que no puede haber deseo originario de estimulación ni movimiento inmanente al ser para producirla, aquella molesta desde afuera, obligando a reaccionar—...*”

Recuerda que Winnicott se opone frontalmente a dichas ideas, y destaca “la *magnitud colosal de la obturación (sin mencionar la oquedad) que provoca en el estudio del bebé en adelante —y aún del feto en más— la idea de que no habría tendencia más fundamental en el psiquismo que desembarazarse radicalmente de la estimulación (y no de tal o cual estímulo displacentero o doloroso) llevándola al cero o lo más cerca posible de él.*”

Señala que **estimulación implica diferencia** —hecho ya bien señalado por Freud— y por lo tanto la consecuencia ineludible es imaginar un psiquismo definitivamente peleado con la diferencia. Advierte que “*Esto es grave, también por oscurecer el hecho nodal de que, desde su emergencia más remota, en sus más tempranas manifestaciones, la subjetividad incipiente no sólo busca el estímulo, sino que participa de la construcción de lo que es estímulo para ella, como puede verificárselo estudiando las más “primitivas” interacciones. ... Trátese de una vida psíquica que goza de la diferencia, lejos de aspirar a abolirla*”. Esto exige revisar también la referencia freudiana a un principio del placer que *solo propone la descarga y no el encuentro con la diferencia* como forma de regular la actividad psíquica. Pensamiento expresado como sigue “*Cuando un bebé en su cuna se “mata” de risa ante un sonido o expresión facial que lo sorprende y con el que se regocija, ¿está “descargándose” de excitación o está disfrutando del encuentro con una pequeña diferencia que acaba de constituirse en un juego con otro; reteniendo más bien la excitación, graduando su flujo a “chorros” para jugar con la nueva estimulación?*”

Retomando con estas ideas el estudio del Fort da (Freud 1920) observa que durante mucho tiempo este juego de aparición y desaparición quedó consagrado como la manifestación de la primera actividad lúdica, y por lo tanto, la primera función asignable al juego, era poder simbolizar una desaparición, representar la ausencia, asumiendo activamente aquello que se había sufrido de manera pasiva.

Sin embargo como se mostrara más arriba, el niño despliega funciones previas en el juego y desde los primeros momentos de la vida se muestra activo en su relación con el mundo. Rodulfo insiste en no confundir la dependencia del bebé respecto de aquello con lo que se estructura, con pasividad (niño pequeño desde el psicoanálisis tradicional), ya que el mismo hecho de mamar es visto como una acción que se origina en el bebé y que además contribuye a generar la leche materna.

## **Pasaje del Jugar al Trabajar**

Rodulfo investiga las transformaciones que se producen en el jugar infantil a través de ciertas tareas psíquicas fundamentales que necesita hacer el adolescente. Averigua si esas tareas se están produciendo y de qué manera. Este pensamiento **evita ligar el constructo adolescencia exclusivamente a la edad cronológica** ya conduce a privilegiar la evaluación de la maduración psicoemocional al referirse al mismo.

Una de esas **tareas primordiales del adolescente es la metamorfosis de lo esencial del jugar infantil en trabajar adulto**. Ello es necesario para que el joven pueda completar su pasaje a la adultez sintiendo la satisfacción de una realización subjetiva y no solo una adaptación social exitosa, o en otros casos, padeciendo un impedimento masivo a encarar una actividad laboral.

Para Rodulfo (1992, p.142) *“es necesario que el deseo inconsciente, que tiende a proliferar en ramificaciones imprimiendo tonalidades a la vida humana migre de un campo a otro e invista subterráneamente el trabajo tal como lo venía haciendo en el juego.”* Esta transformación, dejará un *“plus de alegría”* por la emergencia de lo novedoso, de lo creativo, del reconocimiento subjetivo en la tarea, brindando protección contra la alienación y el tedio de la rutina, en la que al sujeto poco le importa lo que se haga y como lo haga.

Hay dos requisitos necesarios para que el jugar pueda transformarse en trabajo: uno es que debe incluir **significantes extra-familiares**, y el otro es que se debe poder **discriminar lo que le es útil o no para su objetivo puntual**. En esta ocasión ya no puede decirse que *“todo sirve”*, como en el niño, que puede transformar casi cualquier cosa en juguete o en juego. A continuación Rodulfo expresa que *“La conversión en trabajo implica al proceso secundario, donde ese todo se muta en algo. Se debe pasar de un código privado a un código mucho más fuertemente consensual. Salto de lo familiar a lo extra-familiar clave de la adolescencia.”*

Este último aspecto se relaciona con el hecho de es justamente la adolescencia, un momento privilegiado para jugar con el o los ideales familiares que le preexisten, sin desconocerlos, sin desestimarlos, pero barajando las cartas para poder armar otro juego, el suyo propio. Se trata de un *“verdadero laboratorio de experiencias”*, que no podría funcionar como tal si el mandato familiar fuera algo así como *“Con el ideal no se juega”*. Esto podría derivar en una pseudo - adaptación, o en una moratoria indefinida de los plazos para ser adulto.

De todo lo anterior surgen interrogantes clínicos, verdaderas guías diagnósticas que permiten orientarnos en una búsqueda diferente a la habitual. Rodulfo (1989, p.35) propone *“Como pregunta “diagnóstica” fundamental, antes de cualquier encasillamiento en la psicopatología, ¿en qué condiciones encuentro el jugar, la capacidad de jugar, del que me*

*viene a ver? ¿Cómo pensar, y eventualmente clasificar, las atroñas, impasses, inhibiciones y hasta agujerea+mientos destructivos en la capacidad lúdica? ¿Y cómo determinar la capacidad de respuesta clínica en transferencia que pueda revivir, restaurar y poner en movimiento dicha capacidad dañada, lesionada o frenada? De aquí parte un diagnóstico y un pronóstico más seguro.”*

En coherencia con lo antes expresado, es posible pensar que **un objetivo fundamental de una psicoterapia, es ayudar a instaurar o a restablecer la capacidad de juego ausente.** Continuando con texto anterior Rodolfo dice que *“El fin del análisis no consisten encontrar el último significativo, sino en establecer un movimiento interrumpido, cuando no constituir un movimiento que ni siquiera se ha iniciado.”*

### **Síntesis de Conceptos de Rodolfo en relación al Juego (Rodolfo 2004,2008, 2009)**

- El hecho del jugar es el acontecimiento que funda y coincide con la actividad subjetiva misma, en tanto tal no necesita del soporte de ninguna significación, edípica o no.
- Todas y cada una de las adquisiciones que un niño las hace a través de la actividad del jugar.
- El juguete es un producto del jugar.
- El juego no siempre es reactivo a alguna frustración aunque puede posteriormente involucrarse en trabajos defensivos.
- Esta originalmente conectado con la alegría y no con la angustia, más bien con la violencia de la alegría: *“un bebe agarrando, chupando, golpeando, arrojando”*
- La significación de un juego, es secundaria en importancia a la función principal de jugar, que consiste principalmente en producir y buscar la estimulación, trabajando en crearla.
- No está necesariamente destinado a la restitución de un estado anterior, al contrario, parece estar ligado a la búsqueda de diferencias a través de la repetición. Deseo de volver al vientre materno /≠ Deseo de ser grande
- El juego del Fort- da **no** inaugura el juego del niño. **No** todo juego tiene un significado a develar, y si lo tiene el significado puede variar y en ocasiones el niño puede disfrutar de la partida de la madre. Es posible pensar un niño que desee ir y venir y no solo sumergirse regresivamente en su madre.
- Se opone frontalmente al postulado principal Freud del principio de inercia o tendencia a cero, en la que postula que el deseo capital del psiquismo reside en la ausencia de estimulación.

- Contextualiza la **importancia de las experiencias sexuales** infantiles al señalar que lo que en la sexualidad temprana no cae bajo el signo del jugar deviene traumático.
- Como lo hace en otros ámbitos, la actividad -la cualidad- lúdica se injerta en la sexualidad, favoreciendo su subjetivación.
- El placer-la alegría- del juego es independiente de la sexualidad.
- Una **tarea primordial del adolescente es la metamorfosis de lo esencial del jugar infantil en trabajar adulto.**

### **Algunas Consecuencias Teóricas de los Conceptos Previos**

Rodulfo ubica el **jugar como corriente principal de la subjetivación** y obliga a una radical renovación de los conceptos que ubicaban a las pulsiones como motor de la vida psíquica. Revisa los postulados freudianos que tratan a los instintos o pulsiones como verdades científicas y no como creencias míticas a descifrar; lo considera conceptos inútiles pues no ayudan a establecer enlaces con la biología ni sirven para pensar los avatares de la subjetividad humana. En consonancia con lo anterior, Rodulfo refiere que el juego en el humano no requiere de ningún “apuntalamiento” instintual, sino que, tal como lo enseña la teoría de la evolución, el jugar crece a expensas de los vacíos que van dejando los patrones instintivos, cuya secuencia rígida va mutando en las secuencias más variadas e “informales” del juego de los mamíferos.

### **Una Perspectiva Sociológica sobre la Creatividad y el Trabajo.**

#### ***Las metáforas en la gestión empresarial.***

Desde una perspectiva sociológica pueden encontrarse aportes al tema en cuestión, que permitan comprender sus alcancen en un sentido más amplio.

Fritjof Capra (2003), en su texto *“Las Conexiones Ocultas”* trata acerca de las implicancias del trabajo en la vida humana. Para ello recoge la afirmación de quienes piensan que la gestión empresarial está conformada por ciertos procesos metafóricos que influyen virtualmente en todo lo que se realiza. El mayor contraste surge entre la metáfora de las organizaciones como **máquinas** y el de las organizaciones como **sistemas vivos**. En la visión mecánica las organizaciones son descritas como conjuntos de piezas engranadas con precisión- producción, marketing, finanzas- y unidas por medio de líneas claramente definidas de mando y comunicación. La totalidad del trabajo directivo queda a cargo de directivos y organizadores y el meramente manual a cargo de los empleados. Esto implica un control eficaz de arriba abajo. **En contraste los seres vivos, actúan de forma autónoma y nunca podrán ser controlados como máquinas.** Tratar de hacerlo equivale a privarles de su

condición de ser vivo ya que una red viva responde a las perturbaciones con cambios estructurales y elige a que perturbaciones responder y a cuales no de modo que un mensaje llegará no solo por su volumen y frecuencia, sino también porque **tendrá sentido para ellos**.

Ver una empresa como una máquina implica también que en algún momento se estropeará, a menos que sea periódicamente revisada y mantenida por sus directivos. No puede cambiar por sí misma; todos los cambios deben ser diseñados y ejecutados desde fuera de ella. Por el contrario, verla como un ser vivo implica que es capaz de auto-regenerarse y generar sus propios cambios.

Para maximizar el potencial creativo y la capacidad de aprendizaje de una empresa es necesario que los directivos comprendan la interrelación entre sus estructuras formales y diseñadas y sus redes informales auto- genéticas.

Las redes formales son conjuntos de normas y reglas que definen las relaciones entre personas y tareas y determinan la distribución de poder. Las estructuras informales son redes de comunicaciones fluidas y fluctuantes, incluyen formas no verbales de implicación mutua en una tarea común a través de la cual se intercambian habilidades y se genera el conocimiento compartido.

En toda organización existe una constante interrelación entre sus redes informales y sus estructuras formales.... La fuerza vital de una organización- su flexibilidad, su potencial creativo y su capacidad de aprendizaje- reside en la comunidad de prácticas informales.

Es bien sabido que las personas inteligentes y despiertas raramente cumplen las instrucciones al pie de la letra, sino que las modifican y reinterpretan ignorando algunas partes y añadiendo otras de su propia cosecha. En ocasiones tal vez se limite a un cambio en el énfasis, **pero la gente responde siempre con versiones propias a las instrucciones originales**.

Eso suele ser interpretado como resistencia, o incluso como sabotaje, pero también podría serlo de forma muy distinta. **Los sistemas vivos eligen siempre a que responder y qué ignorar. Cuando alguien modifica unas instrucciones, responde creativamente a una perturbación, puesto que esa es, precisamente, la esencia de estar vivo**. Mediante sus respuestas creativas las redes vivas dentro de la organización generan y comunican significados y subrayan su **libertad** para recrearse continuamente a sí mismas. Incluso una respuesta pasiva, o pasivo agresiva, es una forma de expresar la creatividad. El estricto cumplimiento solo es posible a cambio de robarles a las personas su vitalidad y convertirlos en robots apáticos y desleales. Esta reflexión es particularmente importante en las organizaciones actuales, basadas en el conocimiento de que la lealtad, la inteligencia y la creatividad son los activos más valiosos.

## 2.2. CAPACIDAD PARA EL SENTIDO DEL HUMOR

PERCEPCIONES SELECCIONADA DE PENSADORES RELEVANTES

ALGUNAS DEFINICIONES ETIMOLÓGICAS

PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

*El Chiste y su Relación con lo Inconsciente*

- Cualidades y caracteres. Posición activa, relaciona contenidos del pensamiento, brevedad peculiar del chiste, carácter de juicio juguetón
- ¿Cómo se Hace un Chiste y Porque nos Genera Placer?
- La Técnica del Chiste
- El Chiste y el Reconocimiento del Otro. La intersubjetividad y el “entonamiento”
- Freud y la Anticipación de las Neuronas Espejo. Su descripción fenoménica cien años antes de su descubrimiento neurobiológico

*El Humor*

PERSPECTIVA DESDE LA PSIQUIATRÍA

- Interpretaciones Discursivas: Analogías, Controversias y Visiones Emergentes.
- Revisión de Nuevas Teorías sobre el Humor. Activación, Incongruente, Reversión
- Una mirada Evolucionista
- Humor en el trabajo
- Estilos del Sentido del Humor
- Psico Biología Del Humor
- El Sentido del Humor y la Salud Física
- Consecuencias Negativas del Sentido del Humor
- Medidas del Sentido del Humor

UNA NUEVA MIRADA SOBRE UN VIEJO CONCEPTO. EL SENTIDO DEL HUMOR Y LA SALUD MENTAL

## PERCEPCIONES SELECCIONADAS DE PENSADORES RELEVANTES DE LA TEMÁTICA, EN ETAPAS CRONOLÓGICAS DIFERENTES.

1760 -Kant, I.

*“El conocimiento del mundo exterior depende de nuestras formas de percepción”*

1905- Freud, S.

*“La elaboración del chiste es, desde luego, un excelente medio de extraer placer de los procedimientos psíquicos, mas no todos los hombres se hallan igualmente capacitados para servirse de él. No se halla a disposición de todo el mundo, y, ampliamente, sólo a la de contadas personas,... En este sentido, se nos muestra el «chiste» como una especial capacidad perteneciente a la categoría de las antiguas «potencias del alma», pero casi por completo independiente de las restantes: inteligencia, fantasía, memoria, etcétera. Deberemos, pues, suponer, en los sujetos chistosos especiales disposiciones o condiciones psíquicas que permiten o favorecen la elaboración del chiste. ”*

*«La libertad produce el chiste, y el chiste es un simple juego con ideas»*

1827- Freud, S.

*“¡Mira, ahí tienes ese mundo que te parecía tan peligroso! ¡No es más que un juego de niños, bueno apenas para tomarlo en broma!”*

2002 – Indigoras, A.

*“Humor es no tener miedo de pensar”*

2003 – Martin, R.

*“Ser capaces de disfrutar del humor y expresarlo a través de la risa parece ser una parte esencial de lo que significa ser humano.”*

## ALGUNAS DEFINICIONES ETIMOLÓGICAS

Lo habitual es pensar en el **Humor** en términos de **trastornos**, siendo este un capítulo fundamental en los diagnósticos psiquiátricos que se ocupan de la Depresión y del Trastorno Bipolar entre otros. Sin embargo, en ésta ocasión, vamos a referirnos al **“Sentido del Humor”**. Este es un constructo que tiene algunos puntos de contacto con el concepto del Humor, pero que a su vez tiene otras implicancias.



Las siguientes definiciones etimológicas contribuyen a diferenciar conceptos y caracterizar un punto nuevo de interés.

En Psiquiatría los términos **Humor o Estado de Ánimo**, se refieren a aquella *“Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad”* y estas emociones son catalogadas en los tipos disfórico, elevado, eutímico, expansivo o irritable (DSM IV)

Por otra parte, según el Diccionario de la Real Academia Española el vocablo **Sentido** encierra diversos significados tales como que *“incluye o expresa un sentimiento”*, pero también se refiere al *“entendimiento o razón, en cuanto discierne las cosas”* más aún, a un *“modo particular de entender algo, o juicio que se hace de ello”*, a *“cada una de las distintas acepciones de las palabras”* y no menos importante, a la *“razón de ser, finalidad”*.

Otra acepción se refiere al *“Proceso fisiológico de recepción y reconocimiento de sensaciones y estímulos que se produce a través de la vista, el oído, el olfato, el gusto o el tacto, o la situación de su propio cuerpo.”* Este último significado es usado desde que en 1760, el filósofo Immanuel Kant (1781) propuso que el conocimiento del mundo exterior depende de nuestras formas de percepción.

La definición de Lilacs de “Sentido del Humor” como asunto y tema es la siguiente *“Facultad de expresar la percepción divertida, inteligente, cómica o aguda y la expresión inteligentemente capaz de conexiones entre ideas que provocan diversión y placer.”*

Ya de un modo más específico, resulta de interés un estudio denominado **“Sentido del humor: aproximación conceptual y su relación con la salud”** (Jiménez, 2007) que se refiere a diversas investigaciones que ilustran que *“en todo ‘acto de humor’ habría dos dimensiones, una cognitiva que permite situar los acontecimientos, lo que se escucha,...en un contexto divertido (y esto haría alusión a una capacidad bien del emisor, bien del receptor, o bien de ambos), y otra afectiva y emocional, que implicaría la existencia de una motivación (benévola o malévola). De ahí.... la necesidad de un concepto añadido al del sentido del humor y es el de estructura mental lúdica, sin la cual algo puede resultar confuso, molesto, interesante...pero no divertido. Se puede identificar lo incongruente, lo absurdo y detallarlo o describirlo, pero sin ese sentido lúdico, no habría humor.”*

## **PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**

### **El Chiste y su Relación con el Inconsciente**

Freud (1905), en su trabajo **El Chiste y su Relación con lo Inconsciente** realizó un detallado estudio, del que se discutirán a continuación conceptos relevantes.

Freud comenzó destacando algunas **características** que otros autores habían atribuido al chiste:

- **Posición activa** del sujeto al “hacer” un chiste y al “descubrir” algo cómico.
- Posibilidad de **relacionar los contenidos de nuestro pensamiento** por medio del apareamiento de lo heterogéneo, el contraste de representaciones, el sentido de lo desatinado, la sucesión del asombro y esclarecimiento y el descubrimiento de lo escondido entre otras modalidades.
- **Brevedad** peculiar del chiste
- Carácter de **juicio juguetón**.

### **Análisis discursivos de los conceptos**

*–Posición activa del sujeto al “hacer” un chiste y al “descubrir” algo cómico.*

Este aspecto implica que existe una persona **involucrada** con lo que está sucediendo, siendo **activa en la elaboración** de un producto psíquico específico, como el chiste, o dando, **otorgando, un sentido** especial a una situación determinada, posibilitando que la misma se experimente como cómica o graciosa.

*–Posibilidad de relacionar los contenidos de nuestro pensamiento de formas insólitas, no convencionales, sorprendentes.*

Este aspecto fue explicitado por Freud al describir el funcionamiento del aparato psíquico en la Primera Tópica Consciente, Preconsciente e Inconsciente. Allí puso de manifiesto que el pensamiento consciente y regido con una lógica acorde a la realidad convencional era solo una forma de actividad mental - **proceso secundario** -, pero que existían otras maneras de funcionamiento psíquico propio del Inconsciente - **proceso primario**- en que los conceptos de “no”, las nociones de tiempo, espacio y principio de contradicción son ignorados; prevaleciendo la condensación y el desplazamiento de imágenes, sonidos y demás huellas mnémicas, que se unen o separan urgidos por el principio del placer y por la necesidad de evitar el dolor psíquico. De este modo deja establecidas claras diferencias entre los diferentes funcionamiento y además sugiere que cada uno de las tópicos debe evitar ser avasallada por las otras.

Sin embargo, a mi entender, en el texto que estamos revisando, Freud hace hincapié en un **aspecto pocas veces destacado** de su obra, salvo quizás al tratar la elaboración onírica, ya que se refiere a la **colaboración entre las distintas instancias**, y no solo en su combinación defensiva o sintomática; así las divisiones rígidas y las oposiciones binarias categóricas pierden fuerza, y se genera la posibilidad de novedosos intercambios y producciones psíquicas diversas.

Rodulfo (1997, p.43) se expresa sobre esta temática *“Decir oposición implica la existencia de una barra separadora, muy nítida, entre ambos polos y por lo tanto un enfrentamiento siempre en potencia entre ellos como pares antitéticos. En cambio, pensar en preconsciente diferente a inconsciente o deseo diferente a censura, implica que la barra es permeable, una barra que oscila en vaivén, lo cual justifica pensar que plantea no tanto la sustitución metafórica de uno de los términos por otro (que un movimiento de censura sustituya uno de deseo, o que una contrainvestidura preconsciente sustituya una investidura inconsciente), sino más bien lo que designo, citando a Derrida, “contaminación metonímica...”*

Este pensamiento abre la posibilidad de no privilegiar, de manera sistemática, el concepto de represión al referirse a la relación entre los sistemas psíquicos; entendiendo represión como la desunión violenta de una representación o de un sistema con respecto a otro, como el movimiento de expulsión o de alejamiento de una representación. Obsérvese como en este sentido, la **represión** se acerca mucho más al **concepto de oposición binaria** que al de diferencia.

En los procesos psíquicos que dan lugar al chiste puede verse que **diferentes** son las repercusiones que puede tener en el sujeto un mecanismo que expulse o desaloje a una representación, condenando su funcionamiento a una única modalidad, de aquel otro que permita que esta oscile, sin anular por ello, las diferencias entre el proceso primario y el secundario.

### ***La brevedad peculiar del chiste***

Freud (1905) resalta la siguiente descripción de Lipps *«El chiste dice lo que ha de decir; no siempre en pocas palabras, pero sí en menos de las necesarias; esto es, en palabras que conforme a una estricta lógica o a la corriente manera de pensar y expresarse no son las suficientes. Por último, puede también decir todo lo que se propone silenciándolo totalmente»*.

Freud (1905) acotó a esta particularidad que *“La brevedad no es en sí chistosa; si no, toda sentencia lacónica constituiría un chiste. La brevedad del chiste tiene que ser de una especial naturaleza.”*

Más adelante deja en claro que *“las técnicas del chiste encierran la fórmula para generar un placer que no es implícito al pensamiento en sí mismo.”* Esto puede verse en el hecho de que es posible referir las ideas del chiste por medio de una expresión convencional, conservando cuidadosamente el sentido, pero en ese caso *“desaparecía no sólo el carácter*

*chistoso, sino también el efecto hilarante y, por tanto, el placer que en el chiste pudiera hallarse.”*

Introduce el estudio de una capacidad psíquica que permite **expresar de una manera distinta a la convencional** las ideas más diversas. *“Así como los relojeros escogen una preciosa caja para encerrar en ella su más excelente maquinaria, así también suele suceder en el chiste: que los mejores productos de la elaboración del mismo sean utilizados para revestir los pensamientos de más valioso contenido.”*

Freud intenta comprender los mecanismos y motivos por los cuales se obtiene un placer tan particular del chiste y sugiere la posibilidad de que ello se deba a un **ahorro de gasto psíquico**, común denominador que encuentra involucrado en su formación. Este aspecto será retomado más adelante, tanto en consideraciones de Freud como en la discusión por otros autores.

### ***El Carácter de Juicio Juguetón y el Placer de disparatar.***

Al investigar las **tendencias** del chiste, Freud aproxima la idea de que *«El chiste es un juicio juguetón»*. Para explicarlo refiere una definición en la que Fischer sugiere una relación del chiste con la **libertad estética**, que consiste en la **observación juguetona de las cosas**.

Fischer caracterizó *“la conducta estética ante un objeto por la condición de que no demandamos nada de él; no le pedimos, sobre todo, una satisfacción de nuestras necesidades, sino que nos contentamos con el goce que nos proporciona su contemplación. En oposición al trabajo, la conducta estética no es sino un juego.”*... *«Podría ser que de la libertad estética surgiese un juicio de peculiar naturaleza, desligado de las generales condiciones de limitación y orientación, al que por su origen llamaremos ‘juicio juguetón’. En este concepto se hallaría contenida la condición primera para la solución de nuestro problema, o quizá dicha solución misma. «La libertad produce el chiste, y el chiste es un simple juego con ideas»”*

La última oración implica a mi entender, un concepto de importancia y poco trabajado al ligar la idea de **libertad** con **ciertas producciones psíquicas**, entre ella el **chiste** y a este con el **juego**.

Relacionado con ello, Freud expresa que *“Cuando no nos es preciso nuestro aparato animico para la consecución de alguna de nuestras imprescindibles necesidades, le dejamos*

*trabajar por puro placer; esto es, buscamos extraer placer de su propia actividad. Sospecho que ésta es, en general, la condición primera de toda manifestación estética....”*<sup>14</sup>

Vincula dichas reflexiones con la observación de que en el proceso de elaboración del chiste, **se convierten en fuente de placer muchos rendimientos defectuosos de la actividad mental**, que habitualmente solo producen malestar, entre ellos lo que él ha llamado “**el placer de disparatar**”.

Observa que este placer se halla encubierto en la vida corriente, y solo es posible hacerlo visible totalmente en la conducta del niño que comienza a manejar su idioma y en el adulto que se encuentra bajo los efectos de sustancias tóxicas, como el alcohol.

Además, Freud reflexiona que “*En la época en que el niño aprende a manejar el tesoro verbal de su lengua materna le proporciona un franco placer «experimentar un juego» con este material y une las palabras sin tener en cuenta para nada su sentido, con el único objeto de alcanzar de este modo el efecto placiente del ritmo o de la rima. Este placer va siéndole prohibido al niño cada día más por su propia razón, hasta dejarlo limitado a aquellas uniones de palabras que forman un sentido.*” El niño prosigue estos juegos, “*dándose perfecta cuenta de que son desatinados y hallando el placer en el atractivo de infringir las prohibiciones de la razón*”...

A medida que avanza en su texto Freud afirma que, aún cuando este juego parece haber llegado a su fin y es rechazado por falta de sentido o disparatado, volverá a manifestarse “*cuando se apodere del sujeto un alegre estado de ánimo que, como la alegría infantil, suprima la coerción crítica*”.<sup>15</sup>

Puede verse como esta manera de jugar, no se agota totalmente, sino que busca expresarse, entre otras, en la tendencia a modificar las palabras de distintas maneras, con duplicaciones, combinaciones de sílabas y prefijos hasta crear códigos que permiten entenderse en la intimidad, con amigos o compañeros y demás ambientes informales.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Estos conceptos son coincidentes con estudios que han demostrado que el cerebro humano construye, inventa historias falsas cuando no tiene un conocimiento exacto de las cosas (no puede dejar de conjeturar) y que también tiende a la búsqueda de un objeto discordante entre un conjunto de objetos similares. (Wapner, 1989)

<sup>15</sup> Freud comenta situaciones fáciles de reconocer en lo cotidiano: “*El poder de la crítica llega a ser tan grande en el último estadio de la niñez y en el período de aprendizaje que va más allá de la pubertad, que el «placer de disparatar» no se aventura ya a manifestarse directamente sino muy raras veces, sin embargo todavía en épocas posteriores, cuando el alegre estudiante se ha convertido en hombre maduro y, reunido con otros de su talla en un congreso científico, se ha sentido trasladado de nuevo a su época de aprendizaje, busca al terminar las sesiones, un periódico satírico o una humorística conversación que, tomando a burla disparatadamente los nuevos conocimientos adquiridos, le compensen de las nuevas coerciones intelectuales que los mismos han traído consigo.*”

<sup>16</sup> Una modalidad similar, aunque con diferencias significativas, es visible también en determinados enfermos mentales (neologismos en la esquizofrenia).

### ¿Cómo se hace un chiste y porque nos genera placer?

Freud (1905) sintetizó sus respuestas como sigue. *“Hube de aceptar que éste se origina en el momentáneo abandono de una idea preconsciente a la elaboración inconsciente, de modo que el chiste representaría una contribución a lo cómico ofrecida por el inconsciente”* y *“Las tendencias del chiste convergen en el ahorro de un gasto psíquico sostenido que se convierte en una sensación placentera.”* Sostiene, por lo tanto, que el mecanismo de génesis de placer que subyace al chiste se basa en el ahorro de cierto gasto psíquico que habitualmente se requiere para reprimir ciertas representaciones inconscientes. Se basa en el análisis de las tendencias del chiste, que define como:

- El fin en sí mismo (chiste inocente)
- Tendencia hostil (destinado a la agresión, la sátira o la defensa)
- Tendencia obscena (destinado a mostrarnos una desnudez)

Afirma que en el primer caso el efecto placiente de ahorro se basa en evitar el esfuerzo intelectual que supone estar atentos a las exigencias de la realidad compartida y de la lógica que ella implica. Este mecanismo del chiste se asemeja al juego del niño mientras aprende a emplear palabras y a unir ideas: *“En este ejercicio descubre el sujeto infantil efectos de placer surgidos de la repetición de lo análogo y del reencuentro de lo conocido, que demuestran ser inesperados ahorros de gasto psíquico. No es de admirar que estos efectos de placer impulsen al niño a dedicarse con entusiasmo a su juego, sin tener para nada en cuenta la significación de las palabras y la coherencia de las frases.”*

Los chistes cuya tendencia es hostil y/u obscena, intentan vencer los obstáculos externos o internos que impiden la satisfacción de dichas tendencias y a evitar, además, la cohibición y el «estancamiento psíquico» que acompaña dicha censura. Freud se refiere a ello diciendo que *“Por la labor represora de la civilización se pierden posibilidades primarias de placer que son rechazadas por la censura psíquica. Más para la psiquis del hombre es muy violento cualquier renuncia y halla un expediente en el chiste tendencioso, que nos proporciona un medio de hacer ineficaz dicha renuncia y ganar nuevamente lo perdido”*<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Continúa la cita de Freud *“Los impulsos hostiles contra nuestros semejantes sucumben desde nuestra niñez individual, como desde la época infantil de la civilización humana, a iguales limitaciones y a la misma represión progresiva que nuestros impulsos sexuales. No hemos llegado todavía a amar a nuestros enemigos ni a ofrecerles la mejilla izquierda cuando nos han golpeado la derecha, y, además, todos aquellos preceptos morales de la limitación del odio activo se resienten de un vicio de origen: el de no hallarse destinados, cuando fueron dictados, más que a una pequeña comunidad de hombres de igual raza. De este modo, en tanto en cuanto los hombres modernos nos consideramos como parte integrante de una nación, nos permitimos prescindir en absoluto de tales preceptos con respecto a otro pueblo extranjero. Pero dentro de nuestro propio círculo hemos realizado, desde luego, grandes progresos en el dominio de los sentimientos hostiles.”*

En otras palabras, ello implica el supuesto que tanto para la formación como para el mantenimiento de una coerción psíquica es necesario un «gasto psíquico» y dicho gasto o esfuerzo, se evita por medio del chiste.

### La Técnica del Chiste

Del párrafo anterior, puede deducirse que la sensación de placer que genera el chiste, proviene de la capacidad de **“utilizar un juego para eludir el peso de la razón crítica.”**

Freud explicita que **“Desde el principio su función es la de suprimir coerciones internas y alumbrar fuentes que las mismas habían cegado. ...Nos hallamos ahora en situación de fijar al factor del “sentido en lo desatinado”.... Los dos puntos fijos de la condicionalidad del chiste, su tendencia a continuar el juego productor de placer y su esfuerzo en protegerlo de la crítica de la razón, aclaran, sin necesidad de más amplias explicaciones, por qué el chiste aislado, cuando se nos muestra disparatado desde un punto de vista, tiene, desde otro, que parecernos sensato o por lo menos, admisible. A la elaboración del chiste corresponde lograr este efecto; allí donde no lo consigue, es rechazado aquél como un desatino.”**

En su extenso trabajo sobre el chiste, Freud continua articulando observaciones al afirmar que, así como el niño acostumbra a usar las palabras como objeto, **otorgándole a un mismo o análogo sonido igual significación**, siendo esto fuente de graciosos errores, también en el **“chiste hallamos un innegable placer al trasladarnos, por el uso de la misma palabra o de otra análoga, de un círculo de representación a otro muy lejano** (como desde un ámbito doméstico al de la política), **este placer puede muy bien atribuirse al ahorro de gasto psíquico. El placer que proporciona tal «corto circuito» parece asimismo ser tanto mayor cuanto más extraños son entre sí los dos círculos de representaciones enlazadas por la palabra igual; esto es, cuanto más alejados se hallan uno de otro y, por lo tanto, cuanto mayor es el ahorro de camino mental, procurado por el medio técnico del chiste”.**

Otras técnicas de las que se apropia el chiste, consistentes en la unificación, similitud, múltiple empleo, modificación de modismos conocidos, tienen en común el **“ofrecernos algo ya conocido allí donde esperábamos encontrar algo nuevo”**. Este reencuentro con lo conocido, -que comparte su mecanismo con la rima, el estribillo y otras formas de repetición de sonidos verbales análogos- es muy placentero, probablemente al ahorrar el esfuerzo psíquico que implica conocer algo extraño.

La concepción de **este apartado se sintetiza** en que, por medio de las técnicas peculiares y exclusivas del chiste los funcionamientos del proceso primario y secundario quedan ampliamente implicados en una **combinatoria novedosa y espontánea, que**

**transforma la tendencia y el contenido intelectual del sujeto en un producto plausible de ser compartido con otros.**

## **El Chiste y el Reconocimiento del Otro**

### ***La Intersubjetividad y el Fenómeno de “Entonamiento”***

Resulta necesario investigar la condicionalidad inter- subjetiva del chiste. Lo marca el sencillo hecho de que nadie se contenta con hacer un chiste únicamente para sí. *“A la elaboración del chiste se halla indisolublemente ligado el impulso a comunicarlo, y este impulso es tan poderoso, que se impone con frecuencia, a despecho de importantes consideraciones.”*

En su peculiar formato breve, pude verse una manera de **dar lugar al otro**, invitándolo a una cierta complicidad, pues hay algo que no está dicho pero se supone que el destinatario va a descubrir y convalidar como gracioso. En dicho sentido, es notoria la relación el chiste con el concepto de **“Entonamiento”** ya que, si el primero logra su efecto, lo hace porque consigue **transformar** el estado mental de la persona a la que es comunicado.

Freud, ofrece material que permiten relacionar estos conceptos cuando refiere como mecanismo habitual en la elaboración del chiste *“un proceso de condensación, la sustitución de lo suprimido no sólo en una formación verbal mixta, sino también en una distinta modificación de la expresión.”* En efecto, el **Entonamiento** descrito por Daniel Stern (1991) refiere una particular manera que utilizan los padres para “entonar”, “sintonizar” con sus niños, particularmente en la primera infancia y de esa manera, generar **transformaciones** en los estados de sus hijos. Se corresponde con la percepción amodal innata del bebé (es decir la capacidad de receptar e integrar las distintas modalidades sensoriales) y generan una **respuesta acorde pero diferente** a la del pequeño. Puede verse cuando una madre responde a un infante angustiado que llora con, pongamos “Oh, pobre bebé” y una expresión facial y tono de voz adecuados, que no está imitando la angustia del bebé, sino respondiendo de una manera congruente o entonada con la misma. Dicha respuesta no refleja simplemente el estado del niño; **modula y regula ese estado de un modo que la imitación directa obviamente no conseguiría.**

Emilce Dio Bleichmar (2005) describe el entonamiento como diciendo que los mecanismos subyacentes al entonamiento afectivo están vinculados a la unidad de los sentidos, a cualidades amodales de la experiencia perceptiva con analogías transensoriales que luego a partir de la adquisición del lenguaje se realizan por medio de las metáforas. De este modo un ritmo “largo-corto” puede presentarse o abstraerse de la vista, la audición, el olfato o el gusto. Ello se vincula con un fenómeno muy estudiado, la sinestesia, referido a la unidad de



los sentidos, en el cual la estimulación de un solo sentido evoca sensaciones propias de una modalidad diferente, por ejemplo escuchar los colores.

## **Freud y la Anticipación de las Neuronas Espejo**

### ***Su descripción fenoménica cien años antes de su descubrimiento neurobiológico***

El exhaustivo estudio que Freud realiza sobre el chiste y que se extiende sobre el carácter de lo ingenuo y de lo cómico, aborda la interacción que se produce entre las personas involucradas en su producción y disfrute. De ello surgen agudas observaciones que pueden ser extendidas al funcionamiento psíquico en su totalidad, en particular a aspectos que hacen al encuentro con otros. En los últimos años, importantes avances en neurociencias tienden a corroborar estas observaciones preliminares y contribuyen a enriquecer el conocimiento de aspectos nucleares del desarrollo saludable y de la etiopatogenia de graves trastornos, sobre todo, de aquellos incluidos dentro del Espectro Autista y Síndrome de Asperger.

Lo que sigue es una breve síntesis que refleja el pensamiento de Freud en esta dirección.

Observa que la **diferencia entre el chiste y lo ingenuo** “*dependerá exclusivamente de que supongamos que el sujeto ha tenido la intención de hacer un chiste o que, por el contrario, no ha hecho sino deducir de buena fe una consecuencia, dejándose guiar por su infantil ignorancia. Sólo en este último caso se tratará de una ingenuidad.*” Continúa con la siguiente reflexión “*Vemos, pues, que lo ingenuo nos ofrece, ...un caso de transporte del oyente al proceso psíquico de las personas productoras.*”<sup>18</sup> Aclara que la diferencia estriba en que “*Si para la eficacia del chiste era condición que ambas personas se hallasen sometidas a idénticas o muy análogas coerciones o resistencias internas, en*

---

<sup>18</sup> Freud relata lo siguiente: “*Dos hermanos, una niña de doce años y un niño de diez, representan ante un público familiar una obra teatral de la que ellos mismos son autores. La escena representa una cabaña a orillas del mar. En el primer acto se lamentan los dos únicos personajes, un pobre pescador y su mujer, de lo trabajoso y miserable de su vida. El marido decide embarcar en un bote y salir a buscar fortuna en lejanos países. Una cariñosa despedida pone fin al primer acto. Al comenzar el segundo han pasado varios años. El pescador ha hecho fortuna y torna a su hogar con una gran bolsa de dinero. Encuentra a su mujer esperándole en la puerta de la choza y le hace el relato de sus aventuras. La buena mujer, no queriendo ser menos, le responde, llena de orgullo: «Tampoco yo he estado holgazaneando todo este tiempo. Mira.» y abriendo la puerta de la cabaña, le muestra doce niños -todos los muñecos de los actores-autores- durmiendo en el suelo... Al llegar a este punto quedó la representación interrumpida por las estruendosas carcajadas del auditorio, y los intérpretes enmudecieron, llenos de asombro, ante aquella inesperada hilaridad de sus familiares, que hasta entonces habían constituido un público modelo de corrección. Estas risas se explican por la circunstancia de que los espectadores suponen, naturalmente, que los infantiles autores desconocen aún por completo las condiciones del nacimiento de los niños y creen, por tanto, que una mujer puede vanagloriarse de la descendencia obtenida durante una larga ausencia del esposo y que éste ha de regocijarse del fausto suceso”.*

*cambio, lo será de la ingenuidad que **una de las personas posea coerciones de las que la otra está libre.***”

Lo antes expresado **implica** que para aceptar algo como una ingenuidad o como un chiste, debemos tomar en cuenta el estado psíquico de la persona productora y **“transportarnos a él tratando de comprenderlo por medio de su comparación con el nuestro propio”**.

Descubre mecanismos análogos en lo cómico que, en este caso, corresponde al contraste psicológico que surge cuando algo nos parece excesivo o inapropiado *“Lo cómico aparece primeramente como un **involuntario hallazgo que hacemos en las personas**; esto es, en sus movimientos, formas, actos y rasgos característicos, y probablemente al principio tan sólo en sus cualidades físicas, pero luego también en las morales y en aquello en que éstas se manifiestan”*.

A continuación, se aventura en reflexiones sobre las consecuencias o repercusiones psíquicas en un sujeto que observa los movimientos de otro *“Cuando **observamos en otra persona un movimiento** análogo a cualquiera de los que por experiencia propia conocemos, el camino más seguro para la comprensión o percepción del mismo, será el ejecutarlo por imitación, y entonces podemos decidir, por comparación, en qué movimiento -el nuestro o el ajeno imitado- fue mayor el gasto por nosotros efectuado. Tal impulso a la imitación aparece seguramente siempre que observemos un movimiento. Mas, en realidad, no llevamos a cabo tal imitación, como tampoco seguimos deletreando cuando el deletrear nos ha enseñado ya a leer. En el lugar de la imitación muscular del movimiento colocamos la representación del mismo por medio de nuestro recuerdo de los gastos efectuados en movimientos análogos.”*

Resulta asombrosa la **similitud y coincidencia** de las observaciones clínicas y reflexiones conjeturales realizadas por Freud, con valiosos y recientes descubrimientos, que por diferentes medios experimentales, brindan evidencias que respaldan dichas inferencias. Me refiero al descubrimiento de las Neuronas Espejo (Gallese, 2006, p.140) descrito como sigue *“Los circuitos neuronales activados en una persona que realiza acciones, expresa emociones y tiene sensaciones, se activan también, automáticamente mediante un sistema de neuronas espejo, en el observador de dichas acciones, emociones y sensaciones. Se propone que este hallazgo de activación compartida sugiere un mecanismo funcional de ‘simulación encarnada’ que consiste en la simulación automática, inconsciente y sin inferencias en el observador de las acciones, emociones y sensaciones llevadas a cabo y vividas por el observado. Se propone también que el patrón compartido de activación neuronal y la simulación encarnada que lo acompaña constituyen una base biológica fundamental para comprender la mente del otro”*.

Como puede verse, ambas formulaciones se refieren a la capacidad humana para “leer la mente” o entender los estados mentales del otro, al poder “leer” sus intenciones, sus expresiones lingüísticas, emociones y sensaciones somáticas e implica que, en sus propios términos, Freud consideró importantes aspectos relacionales inherentes a la formulación y comprensión del chiste.

## El Humor

Veinte años después de haber escrito el artículo sobre el Chiste, Freud escribió un nuevo texto en el que despliega y profundiza el tema. Si bien nunca se refiere al “*Sentido del Humor*”, su desarrollo conduce a esta conceptualización más que al humor como base afectiva.

Todas las citas que se presentan a continuación corresponden al texto de Freud “El Humor” (1927).

Comienza por afirmar que *«El humor tiene no sólo algo de liberador, como la agudeza y lo cómico, sino además algo de sublime y patético, rasgos que no se encuentran en esos otros dos modos de ganancia de placer derivada de una actividad intelectual...»* *«Lo sublime se relaciona con el triunfo del narcisismo, con la invulnerabilidad del yo que se afirma victoriosa. El yo rehúsa sentir las afrentas que le ocasiona la realidad, se niega a admitir que los traumas del mundo exterior pueden alcanzarlo; más aún, demuestra que ellos pueden incluso serle ocasión de ganancia de placer.»* En esta descripción se destaca el hecho de que **el Humor no es resignado, sino rebelde**; y que no sólo significa el triunfo del yo, sino también del principio del placer, logrando así triunfar sobre la adversidad de las circunstancias reales, no exento de una dignidad que le falta al chiste.

Sin embargo, tanto el repudio de las exigencias de la realidad como la imposición del principio del placer **aproximan al humor a los procesos regresivos que tanto nos ocupan en la psicopatología, sin por ello, incluirse en la misma** *“Al rechazar la posibilidad del sufrimiento, el humor ocupa una plaza en la larga serie de los métodos que el aparato psíquico humano ha desarrollado para rehuir la opresión del sufrimiento; serie que comienza con la neurosis, culmina en la locura y comprende la embriaguez, el ensimismamiento y el éxtasis.”*

Freud se pregunta *“¿En qué consiste, pues, la actitud humorística que nos permite rechazar el sufrimiento, afirmar la insuperabilidad del yo por el mundo real, sustentar triunfalmente el principio del placer y todo ello sin abandonar, como ocurre en los otros procesos de idéntico designio, el terreno de la salud psíquica, aunque este precio parecería ser ineludible?”* Comienza analizando situaciones en las que se produce desplazamiento de

grandes cantidades de energía psíquica y destaca que desde la psicopatología puede observarse la alternancia entre Melancolía y Manía (actualmente denominado Trastorno Bipolar). En dichas patologías se puede inferir la **cruel supresión del Yo por el Super-yo – Melancolía- y subsiguiente liberación del Yo – Manía**. Algo similar parece darse en la “curación” de ciertos **episodios paranoicos** en los que su resolución puede consistir, más bien, en el retiro – muchas veces transitorio- de las cargas conferidas a las ideas delirantes que en la verdadera desaparición de las mismas.

Menciona que también en fenómenos cotidianos se obtiene la impresión de una importante fluctuación de energías, como en el **enamoramiento**, en donde es incomparablemente mayor la carga trasladada **desde el Yo al Objeto**; así como en el amor que los padres habitualmente depositan en sus pequeños hijos, haciendo que, en cierto modo, la libido del Yo se vacíe en el otro.

De este modo, Freud pone el acento en esta **capacidad de desplazamiento de la energía psíquica entre las distintas tópicas**, destacando que ello es un fenómeno al que se puede recurrir para explicar toda una serie de situaciones de la vida psíquica normal

*“La patología de la vida anímica es el terreno en el cual nos sentimos seguros; allí hacemos nuestras observaciones, allí logramos nuestras convicciones; pero por el momento sólo osamos formular juicios sobre lo normal, en tanto que lo podemos inferir a través de los aislamientos y las deformaciones de su expresión patológica. Cuando hayamos superado esta cautela, reconoceremos cuán grande es el papel que en la **comprensión de los procesos psíquicos** corresponde a las condiciones estáticas, tanto como a los cambios dinámicos cuantitativos de la catexis energética.”*

Luego de poner el acento en aspectos ligados al movimiento, la alternancia, la plasticidad psíquica, el autor propone tener en cuenta la posibilidad de que, a través del Humor *“en cierta situación la persona hipercatectice de pronto su Super-yo y luego modifique desde éste las reacciones del Yo.”* Esto último implica una **mirada novedosa y poco tenida en cuenta de Freud sobre el Super –Yo** ya que en general se privilegia su conceptualización como una instancia psíquica que se encarga de la represión y dominio del placer y del deseo, constriñendo al yo, o al sujeto, bajo su autoridad. En esta ocasión el autor destaca otros aspectos, que coinciden con teorías posteriores, en particular lo propuesto por Winnicott (1971) en relación al desarrollo emocional primitivo, los fenómenos transicionales y **el valor de la ilusión**. Puede verse cuando Freud refiere que *“Es cierto que el placer humorístico jamás alcanza la intensidad del que se origina en lo cómico o en el chiste, y nunca se expresa en risa franca; también es cierto que el Super-yo, al provocar la actitud humorística, en el fondo rechaza la realidad y se pone al servicio de una ilusión. Pero -sin*

*saber- a ciencia cierta por qué- adjudicamos alto valor a este placer poco intenso, lo sentimos como particularmente liberador y exaltante...”*

Por medio del Sentido del Humor, es el Super-yo consuela cariñosamente al intimidado Yo, como si quisiera decirnos: « ¡Mira, ahí tienes ese mundo que te parecía tan peligroso! ¡No es más que un juego de niños, bueno apenas para tomarlo en broma!» De este modo enfatiza que, si el Super-yo trata de consolar al yo con el humor, protegiéndolo del sufrimiento, no contradice por ello su origen de la instancia parental sino que más bien implica la interiorización de un diálogo interno, que previamente debió ser tenido en dichos términos, con los padres o con otros cuidadores significativos. Obviamente, en la historia personal de cada sujeto, ello puede o no haber sido experimentado, y sus consecuencias metabolizadas de diferentes maneras.

Freud concluye que “No todos los seres tienen el don de poder adoptar una actitud humorística, pues este es un raro y precioso talento, y muchos carecen hasta de la capacidad para gozar el placer humorístico que otros les proporcionan.”

Un bello ejemplo de la perspectiva Freudiana sobre este tema está dado por la película de Roberto Benigni (1997), “La vida es bella”. En ella se muestra como Guido, internado en un campo de exterminio durante la Segunda Guerra Mundial, hace lo imposible para hacer creer a su hijo y a los que con él conviven, que la terrible situación que están padeciendo es tan sólo un juego, promoviendo y sosteniendo a través del humor, la esperanza que permitió a muchas personas sobreponerse y sobrevivir, aún bajo las más desoladores e inhumanas condiciones.

## **EL SENTIDO DEL HUMOR DESDE LA PSIQUIATRÍA**

### **Interpretaciones discursivas: analogías, controversias y visiones emergentes**

Son numerosas las publicaciones dedicadas al estudio del Sentido del Humor desde diversas orientaciones psiquiátricas. Uno de los referentes más citados es Rod Martin quien en un libro titulado en inglés “*The Psychology of Humor: An Integrative Approach*” (2007) presenta un estudio multifacético en el que actualiza y profundiza el tema. Las formulaciones vertidas a continuación se refieren a dicho texto, salvo que se explicita otra fuente bibliográfica.

### **Revisión sobre la vigencia de las teorías de Sigmund Freud acerca del Chiste y el Humor**

Martin objeta las observaciones referidas al manejo de la energía psíquica que según Freud se emplea en el Chiste y que subyacen a su modelo de funcionamiento psíquico ya que sostiene que las investigaciones actuales en relación al sistema nervioso no son consistentes

con dicha propuesta; luego propone nuevas teorías sobre el chiste, algunas de las cuales serán mencionadas más adelante<sup>19</sup>. Distinta es la opinión de Martin respecto a las teorías sobre **El Humor**, ya que afirma que son cada vez más las evidencias del rol positivo que el Sentido del Humor tiene en la Salud Mental, y que Freud sugirió muchas vías para su exploración. Entre varios aspectos, destaca su utilidad en el afrontamiento del Stress y lo considera un mecanismo de defensa adaptativo. Aclara que el concepto de “*mecanismo de defensa*”, es una de las ideas psicoanalíticas que continúa con amplia aceptación por los psicólogos contemporáneos, aún aquellos que no se consideran con orientación psicoanalítica. Tal es así que el DSM-IV contienen una sección que especifica dichos mecanismos de defensas incluyendo al humor como una defensa adaptativa y madura.

Sin embargo, señala como otra limitación de la teoría Freudiana no considerar el contexto interpersonal y la función social del humor, focalizándose en el lugar que tienen los componentes dinámicos en el individuo. En este aspecto difiero en la apreciación de Martin, ya que considero que más allá de que el chiste fue visto por Freud cumpliendo funciones primariamente intrapsíquicas, al *habilitar al individuo a expresar y disfrutar de sus instintos normalmente reprimidos*, considero que la lectura atenta y minuciosa de su estudio sobre el chiste, deja ver aspectos relevantes y avanzados para su época, en relación a la comunicación intersubjetiva, hundiendo las raíces de su pensamiento en las características eminentemente sociales de la naturaleza humana. Tal como se lo explicitara al discutir los textos de Freud, pueden inferirse sin dificultad de distintos tramos de su trabajo consideraciones que remiten a conceptos contemporáneos sobre intersubjetividad, entonamiento, teoría de la mente y neuronas espejo.

Por último, Martin sugiere algunas líneas de investigación para validar estas teorías, como por ejemplo explorar si los individuos con mayor sentido del humor tienen evidencias de un superyó menos severo, crítico y demandante y/o si han experimentado una parentalidad más positiva, confiable y sostenedora durante su infancia.

## **Revisión de Nuevas Teorías sobre el Humor según Martin**

### ***Teoría de la Activación (“Arousal” en inglés)***

Esta teoría se focaliza en el rol de activación fisiológica y psicológica del Humor y de la risa. Martin se refiere a estudios de Daniel Berlyne, quien se interesó en los **aspectos**

---

<sup>19</sup> Freud considera la risa como una vía de liberación del exceso de tensión en consonancia a la tendencia a la descarga de la energía psíquica.

**psicológicos de las experiencias estéticas en general**, incluida la apreciación del arte y el disfrute tanto en el juego como en el humor. Se focalizo particularmente en ciertas propiedades de los estímulos involucrados, a los denominó “*collative variables*”<sup>20</sup> las que incluyen lo novedoso, el nivel de sorpresa, de incongruencia y de ambigüedad entre otras propiedades. Las mismas atraen fuertemente la atención y están asociadas con el incremento de **activación** en el cerebro y en el sistema nervioso autónomo, facilitando las sensaciones placenteras de dichas experiencias estéticas.

Por todo ello Berlyne no considera que la risa sea un método para liberar el exceso de energía, como lo afirmaba Freud, *sino que son los cambios en la activación psíquica*, que transitan por elevaciones y descensos hasta llevar a un nivel óptimo (ni muy bajo ni muy alto) los que resultan placenteros. Aunque procesos algo similares ocurren con otros tipos de experiencias estéticas como la apreciación del arte y de ciertos juegos, sugiere que el humor se distingue de ellos por la breve escala de tiempo en la cual ocurren los cambios en la activación, la sobre inclusión de seriedad que lo acompaña y lo bizarro de las variables involucradas.

### ***Teoría de lo Incongruente***

En esta perspectiva se enfatizan los aspectos **cognitivos**; y si bien en un principio se privilegió la consideración de dichos aspectos desprovistos de lo emocional - como si se tratara solo de estudios lingüísticos - la tendencia actual es a mirar ambas dimensiones, mostrando gran interés en el estudio de la **alegría que acompaña a la risa**.

Las evidencias recientes suponen la idea de que la incongruencia en algún sentido es un elemento esencial para el humor, o en otras palabras, que el humor involucra la activación de dos formas normalmente incompatibles. Es decir que, lo que originalmente es percibido de una forma (generalmente seria) súbitamente es visto desde una perspectiva totalmente distinta, (usualmente poco creíble o lúdica) de modo que la expectativa inicial explota como una burbuja, resultando en una experiencia placentera acompañada de risa. En consonancia con estos conceptos, refiere una significativa expresión de Shopenahuer “**La causa de toda risa es ocasionada por una paradoja**”.

---

<sup>20</sup> Traducción de “*collative*”: tener la calidad o la energía de conferir. *Collate* verbo transitivo, reunir, recopilar, poner en orden, compaginar, cotejar. “*To compare (texts, statements) in order to note points of agreement or disagreement.*”

### ***Teoría de la Reversión (“Reversal Theories” en inglés)***

Esta teoría, ve el Humor como una forma de juego mental e intenta mostrar como el mismo entra dentro de una estructura más general de las emociones y la cognición. Uno de las nociones básicas es que hay un número de pares de sistemas alternativos disponibles en el individuo para interactuar con su medio ambiente y en cualquier momento un subconjunto de cada uno de los pares estará en funcionamiento y que además, bajo una variedad de condiciones, los individuos tienden a volver a cambiar entre estos estados durante sus experiencias diarias. Estos pares se pueden caracterizar brevemente como:

***El estado (telic) serio***, el individuo evalúa las actividades en términos de logro de metas importantes en el futuro, contra el ***estado (paratelic) juguetón***, centrado en el disfrute inmediato y en el actuar espontáneamente.

***El estado conformista*** centrado en las obligaciones y el mantenimiento de reglas y rutinas, contra el ***estilo desafiante***, un estado que se centra en la libertad personal.

***El estado de maestría***, centrado en energía, control y la dominación, contra el ***estado de la simpatía***, centrado en amabilidad, el cuidado y la armonía.

***El estado orientado a uno mismo***, centrado en las propias necesidades, contra el estado centrado en las necesidades de ***los otros***.

**Diversas combinaciones entre cada estado** dan lugar a la gama completa de emociones y de comportamientos humanos de modo que la personalidad puede ser entendida en términos de **patrones del cambio** que caractericen a la gente en un cierto plazo, **más bien que posiciones fijas**.

**Resumen:** Aunque hay mucha superposición de ideas entre estas teorías (Incongruente, Activación y Reversión), cada una enfatiza un aspecto que es central para el humor por lo que se espera que con la combinación de la comprensión de todos estos hallazgos se gane un mayor entendimiento de este multifacético fenómeno.

### **Mirada Evolucionista del Humor**

Martin sostiene que ***“ser capaces de disfrutar del humor y expresarlo a través de la risa parece ser una parte esencial de lo que significa ser humano”*** y en el texto antes citado, incluye consideraciones evolucionistas presentando evidencias de que los orígenes de la risa probablemente se extiendan antes de los primates sugiriendo que **el humor pudo haber evolucionado de conductas de juego**. Afianzan estas ideas las notorias similitudes entre el juego y el humor ya que ambos son disfrutables, ninguno tiene obvia ni inmediatamente una función seria y para su generación se requieren de un medio ambiente familiar seguro.



Entre muchas otras inferencias refiere que las risas observadas en niños del todo el mundo cuando juegan al combate o la lucha, escapando o huyendo unos de otros, igual que conductas equiparables en primates, llevo a especular que el humor tiene un **valor adaptativo** en un contexto social. Al practicar luchas o pelea los niños y otros primates se hacen cosquillas unos al otro y se ríen de sus consecuencias, usando esto como un indicador confiable para conocer si un evento es una lucha real o no, es decir, tantear un terreno seguro. En base a ello sugieren que durante la historia de la evolución, la risa ha servido para indicar si la interacción es, o no, realmente agresiva. Es notorio como la **gente usa el humor para socavar la autoridad de los demás de una manera refinada**, y sin tener que sufrir los costos de usar la fuerza física. Es también posible que a través del juego los individuos puedan ensayar y desarrollar herramientas físicas y sociales que necesitaran como adultos, en las que el humor tenga una gran parte.

### **Humor en el Trabajo**

El Humor, además de ser una forma de juego que es útil para aliviar la tensión y disfrutar más el trabajo, cumple **importantes funciones como modo de comunicación** y es utilizado para **expresar mensajes potencialmente riesgosos en contextos laborales ambiguos**. De ese modo, el humor puede ser usado para acercarse a diferentes objetivos como disminuir o reforzar diferencias de status, expresar agrado o desagrado, facilitar la cooperación o la resistencia, incluir a otros a un grupo o para excluirlo de él, reforzar la solidaridad y las relaciones o para minar o rebajar el poder y el status.

Por lo tanto se advierte sobre no privilegiar los efectos positivos del humor, ya que numerosos situaciones, por ejemplo las que involucran acoso y discriminación racial o sexual, o chistes ásperos sobre diferentes prácticas puede también crear un medio de trabajo estresante. Por eso, Martin propone que la tarea de gerentes y consultores no es simplemente incrementar el nivel de humor entre los empleados, sino tratar de **entender los caminos por los cuales el humor circula en cada ámbito de trabajo, reflejando el poder dinámico y la cultura general dentro de la organización**.

### **Estilos del Humor**

Los estilos del humor se refieren a la forma en que las personas utilizan el humor en sus vidas. Martin y col. diferenciaron el humor según un eje intra o interpersonal y según un eje de valencia negativa o positiva. (Martin, Puhlik y Larsen, 2003)

El aspecto **intrapersonal** del humor tendría relación con el **regocijo**, e involucraría además la capacidad de **afrentar el estrés** y usar el humor como mecanismo de defensa.

El aspecto **interpersonal**, se refiere a **potenciar las relaciones con los otros** y se relaciona con la intención de reafirmar sentimientos de bienestar social, abordar conflictos, así como también ser más atractivo y reforzar lazos. En el caso de grupos grandes, se relaciona con factores como la cohesión social, reforzamiento de la identidad y persuasión. Combinando con la **valencia positiva o negativa**, se propone un estilo de humor **intra personal auto- afirmativo o auto- descalificadorio** y un humor **inter -personal afiliativo o agresivo**. Se hace notar que estos ejes no se refieren a polos, sino a **graduaciones continuas**, pudiendo fácilmente, por ejemplo, existir un humor que busque la afiliación pero que, a la vez, contenga elementos agresivos hacia otros.

La caracterización de diferentes **estilos** del Sentido del Humor, dio lugar a numerosas investigaciones, entre ellos un trabajo estudia los efectos del Estilo de Humor positivo como **variable para reducir el estrés** y su relación con la personalidad (Colom, Alcover y Sánchez-Curto, 2011), otro que revisa su **relación con la Psicopatología** en jóvenes estudiantes (Brizzio, Carreras y Casullo, 2009), un tercero indaga los estilos **predominantes en trabajadores de la Salud** (Velis, Rodríguez, Feldman, 2009). Nos interesó en especial el trabajo de Mendiburo y Paez (2011) que correlaciona los estilos del humor con distintas dimensiones culturales y sus vinculaciones con Salud y Enfermedad. A continuación se sintetizan los estilos definidos por dichos autores

**Humor afiliativo.** Se relaciona con contar chistes, hacer bromas lúdicas y bien intencionadas, con el afán de relacionarse con otros, entretener y facilitar relaciones. Al hacerlo, se deja saber que se está en un plano social lúdico, con la intención de involucrarse de este modo con otros. Se relaciona con la extroversión, la atracción inter personal, la auto-estima, satisfacción con las relaciones y, en general, con sentimientos y emociones positivas. Tiene **relaciones positivas con el bienestar**, aunque menos que el siguiente estilo.

**Humor de auto-afirmación.** Se refiere a una **visión humorística del mundo, en que prevalece el deseo por dejarse sorprender por la vida** y mantener una perspectiva humorística frente a las cosas. Sería la medida más cercana al humor como forma de afrontamiento, pues permite tomar distancia de los estímulos que estresan o generan problemas. En general, permite **disminuir emociones negativas** y mantener visiones positivas y realistas en situaciones adversas. Se ve **relacionado de manera negativa con emociones como ansiedad, depresión y en general, con el neuroticismo**, así como asociado al **bienestar hedónico** y a formas de **afrontamiento adaptativas**.

**Humor agresivo.** Se relaciona con el **sarcasmo, el ridículo, la ironía**, así como también con el uso del humor como forma de **manipulación** utilizando amenazas tácitas de ridículo. Se refiere a un tipo de uso del humor en el cual existe bajo control del posible

impacto en otros, lo que la relacionaría con agresión, hostilidad y neuroticismo. Sin embargo, **no tiene fuertes relaciones negativas con el bienestar.**

**Humor de auto descalificación.** Se refiere a utilizarse uno mismo como objeto de humor, de manera tal que se llame la atención de los otros. Se relacionaría hipotéticamente con la negación defensiva, ocultando los sentimientos negativos y evitando enfrentar los aspectos de sí mismo que son rechazados, existiendo necesidad y dependencia emocional, evitación y baja auto estima. Este estilo **se asocia a ansiedad, depresión y es el que más se asocia negativamente al bienestar en numerosos estudios.**

### **Psico Biología Del Humor**

Martin afirma, que, al igual que todos los fenómenos psicológicos, el humor está basado en un gran número de complejos procesos biológicos que tienen lugar en el cerebro y en el sistema nervioso. Para experimentar humor, un individuo debe **primero percibir ampliamente la incongruencia** en un evento estimulante. En este proceso perceptual participan regiones de la corteza cerebral involucradas en la percepción visual y auditiva, en la comprensión del lenguaje, en la cognición social, razonamiento lógico y otras. Cuando el humor se genera, estos **procesos cognitivos estimulan los sistemas emocionales** asociados con los sentimientos positivos de risa y alegría, involucrando áreas en la corteza pre frontal y en el sistema límbico. Ese sistema emocional libera un coctel de moléculas bioquímicas, produciendo cambios en el cerebro y en todo el cuerpo a través del **sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino**. En suma, la activación de la emoción alegre típicamente gatilla las respuestas expresivas de sonreír y reír, las que involucran el tronco cerebral y sus conexiones en la corteza frontal, tanto como las conexiones nerviosas a los músculos de la cara, laringe y sistema respiratorio.

Numerosas investigaciones indican el incremento notorio del interés por conocer y comprender las áreas del cerebro involucradas en el procesamiento cognitivos y emocionales del humor (Carbonel, Ribeiro, 2005; Wapner, Hamby, Gardner, 1981; Shammi, Stuss, 1999; Neely, Walter, Black, Reiss, 2012). Estudios efectuados en personas normales y en pacientes con daño cerebral y en ciertas condiciones patológicas de risa, usando diversos métodos de evaluación como Electroencefalograma, Resonancia Magnética Funcional (fMRI) Franklin 2011 y, del inglés, *Single photon emission computerized tomography* (SPECT) (Vardi, Finkelstein, Zlotogorski, Hod 1994; Bogousslavsky, Ferrazzini, Regli, Assal, Tanabe, Delaloye-Bischof, 1988), permitieron demostrar que el lóbulo frontal, en particular el derecho, parece estar especialmente involucrado en la integración de la cognición y la emoción debido a sus conexiones con el sistema límbico tanto como con otras regiones corticales. Además de

la integración entre la cognición y la emoción, el lóbulo frontal ha mostrado tener un crucial rol en funciones cognitivas que requieren ser comprendidas en el humor, incluyendo discursos narrativos, abstractos e interpretación no literal, memoria de trabajo, resolución de problemas y formas indirectas de comunicación tales como ironía, entonación afectiva y sarcasmo.

Además un interesante estudio de Hernández (2006) , describe como el hemisferio izquierdo del cerebro juega un rol en **percibir incongruencias**, mientras que el hemisferio derecho es importante para dar **un sentido coherente a dichas incongruencias** dentro de un contexto social y otra investigación de Hiram avanzó en aclarar sutilezas tales como que las personas afectadas en el lado derecho de su cerebro, conservan la capacidad para detectar las sorpresas inherentes al fenómeno humorístico pero tienen severas dificultades para dar un sentido a las incongruencias presentes en el mismo.

### **El Sentido del Humor y la Salud Física**

Es posible que el origen del humor y de la risa tenga más que ver con las interacciones sociales y con la naturaleza social de la existencia humana más que con la salud física. Sin embargo, sigue siendo probable que esas emociones y conductas puedan tener algunos efectos fisiológicos y psicológicos concomitantes que puedan afectar indirectamente aspectos de la salud. Martin puntualiza los siguientes cuatro posibles mecanismos a través de los cuales el Sentido del Humor puede influir sobre la salud física.

***La risa produce cambios fisiológicos en distintos sistemas corporales.*** Por ejemplo, ejercitación y relajación muscular, mejora la respiración y estimula la circulación sanguínea, estimula la secreción de endorfinas, reduce la secreción de hormonas vinculadas al stress y mejora el sistema inmune. Si bien según este modelo la risa es crucial para obtener beneficios en la salud lo más probable es que este mecanismo que no funcione aisladamente.

***El Sentido del Humor y la risa pueden inducir estados emocionales positivos,*** los cuales benefician a la salud, al incrementar la tolerancia al dolor, mejorar el sistema inmune y evitar las consecuencias de las emociones negativas a nivel cardiovascular.

***El Sentido del Humor, al potenciar ciertos aspectos cognitivos-perceptivos,*** beneficia la salud de forma indirecta, ***modulando los efectos adversos del estrés.*** Una perspectiva humorística de la vida y la habilidad de ver el lado positivo de los problemas **capacita a las personas para afrontar más eficazmente** situaciones estresantes, haciéndoles tomar perspectiva y distancia de la situación conflictiva y potenciando sus sentimientos de dominio, competencia personal y autoeficacia de cara a la adversidad.

**El Sentido del Humor** también beneficia la Salud de forma indirecta, **incrementando la red de apoyo social** de los individuos ya que reduce los conflictos interpersonales y

potencia sentimientos positivos en otros, por tanto ayuda a disfrutar de numerosas y satisfactorias relaciones interpersonales.

Los investigadores deben ser conscientes de dentro de cuál de estos mecanismos están investigando, pues cada uno requiere formular particulares hipótesis, operación de variables y aproximaciones metodológicas.

### **Consecuencias negativas del Sentido del Humor**

Un trabajo antes mencionado de Colom et al (2011) se ilustra que varios estudios han encontrado una relación negativa entre Salud y Sentido del Humor, ya que personas con mayor Sentido del Humor tenían peores condiciones médicas (más enfermedad y mortalidad). Ello parece ser debido a la asociación entre el sentido del humor y un estilo de vida más despreocupado, que se asocia con hábitos menos saludables tales como fumar, beber, comer de más, sexo sin protección y otros. De modo que, personas que son felices, optimistas y con una disposición divertida en la vida, pueden aumentar la tendencia en participar de actividades riesgosas y ser negligentes con su cuidado físico, favoreciendo problemas de salud.

Asimismo destacan las distintas relaciones que se encontraron entre la Salud Mental y los diferentes Estilos del Sentido del Humor, tales como una relación entre el humor positivo (para sobrellevar obstáculos y problemas, para reírse de lo absurdo de la vida o para hacer reír a otros) y mejor Salud Mental (menos depresión y ansiedad, menos emociones negativas, mayor auto estima y menos emociones negativas). Sin embargo, no se encontró esta asociación en los casos del humor negativo (agresivo o grosero), y la relación se muestra invertida en los casos de humor auto crítico usado para hacer reír a otros. Por estos motivos sugieren ser cuidadosos en hacer generalizaciones tales como “el humor es bueno para Ud.” sin haber precisado cuestiones como las antes enunciadas.

### **Medidas del Sentido del Humor**

En el trabajo “Sentido del humor: aproximación conceptual y su relación con la salud”, se explicitan distintos métodos disponibles para la evaluación del Sentido del Humor tales como autoinformes, test de bromas o animaciones, diarios de humor, informes de pares, observación conductual, entrevistas o incluso tareas experimentales (Jiménez, 2007)

Sin embargo, se hace notar que los investigadores necesitan asegurarse de que sus medidas capturen adecuadamente las definiciones de humor relevantes para su hipótesis, pues como ya se ha visto, es un **concepto multidimensional**, y por tanto, parece que cada escala podría representar una, o varias, de las posibles definiciones del término.

Martin (2007) también destaca la necesidad de avanzar en el desarrollo de **otros métodos con los cuales el sentido del humor pueda ser estudiado** ya que la mayoría de las investigaciones están hechas en laboratorios, con el uso de chistes y o historietas (*cartoons*) en sus experimentos, pero ello no refleja la ocurrencia natural del humor y la risa, que transcurre espontáneamente en las conversaciones habituales. Normalmente son preferibles los test multidimensionales que aquellos que miden solo un aspecto, ya que permitirían encontrar más relaciones y poner a prueba diferentes hipótesis. Las siguientes son dos de las mediciones más utilizadas:

**Multidimensional Humor Sense Scale (MSHS)** (Thorson, Powell, 1997 ) Valora el Sentido del Humor desde varios puntos de vista y se ha utilizado en trabajos aplicados en los que se ha relacionado el humor con algunas dimensiones de personalidad, con el control de la ansiedad, con la depresión y en estudios transculturales.

**Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ, siglas en inglés)** (Martin et al, 2003) Medida multidimensional del sentido del humor, diseñado para distinguir entre el beneficio o el perjuicio potencial de los estilos del humor.

## **UNA NUEVA MIRADA SOBRE UN VIEJO CONCEPTO. EL SENTIDO DEL HUMOR Y LA SALUD MENTAL**

El Sentido del Humor es un **campo de enorme interés potencial**, cuyo estudio sistemático recién está comenzando a desarrollarse en el campo de la Salud.

Este tema, abordado por Freud desde la teoría Psicoanalítica, aportó una visión original y novedosa para su época, al sistematizar observaciones cotidianas y realizar teorías especulativas sobre sus particulares características, marcando tanto coincidencias como importantes diferencias con otros tipos de funcionamiento mental. Dejó un mapa conceptual que fue ampliado, modificado y enriquecido por aportes de diferentes disciplinas médicas, psicológicas, antropológicas y sociológicas.

En todas esas disciplinas, se da primordial importancia a la posibilidad de considerar modelos diagnósticos que tengan en cuenta dimensiones tales como la capacidad mental lúdica, la apertura a la experiencia, el sentido de libertad, modos alternativos de lidiar con la adversidad y de asumir responsabilidades y sus posibles relaciones entre el Sentido del Humor y el campo de la Salud, tanto física como mental.

## **2.3. REGULAR LAS PROPIAS EMOCIONES Y O ESTADOS**

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN REFLEXIVA

RELACIÓN ENTRE APEGO Y FUNCIÓN REFLEXIVA

IMPLICANCIA DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA EN EL DESARROLLO DE  
OTRAS CAPACIDADES

DE LA CORREGULACIÓN A LA AUTORREGULACIÓN AFECTIVA

AGENTE DE LAS PROPIAS ACCIONES.

SENTIDO DE RESPONSABILIDAD

SÍNTESIS

En este apartado se revisan dos trabajos que exploran la Capacidad de Regulación Afectiva en profundidad. Uno es el de Fonagy, Bermejo, Gergely y Jurist (2002) denominado *“Affect regulation, mentalization, and the development of the self”* en donde se despliegan los caracteres generales del tema y otro de Phyllis Tyson (2005) denominado *“Afectos, autonomía y auto-regulación: teoría de la complejidad en el tratamiento de niños con ansiedad y trastornos de conducta disruptivos”*, en el que se visualiza su aplicación en una problemática específica.

Comenzaremos con conceptos fundamentales por su claridad y definición, del texto de Fonagy.

## **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS**

### ***Capacidad de mentalizar o función reflexiva.***

Consiste en la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en otros e implica la habilidad de dar una interpretación convincente a la conducta propia y ajena, a partir de los estados mentales subyacentes.

En el desarrollo de esta función tienen un rol decisivo las relaciones niño-cuidador, en cuyo seno se genera una transformación que va desde una experiencia prerreflexiva de los estados mentales hasta la comprensión ya reflexiva de los mismos. Esta capacidad es un determinante básico en la organización del *self*, al estar íntimamente relacionada con muchos aspectos definitorios de la personalidad. Involucra una visión integradora en la que existe una contribución cognitiva en la regulación afectiva y de ello se deriva el concepto de afectividad mentalizada como el logro máximo de la regulación del afecto.

*Afectividad mentalizada.* Un tipo complejo de regulación del afecto del sujeto adulto, a través del cual se adquiere una comprensión de las experiencias afectivas propias, al mismo tiempo que la persona se mantiene en el estado afectivo. Puede facilitar la adquisición de nuevos significados en un mismo afecto o, incluso, cambiar la naturaleza de los afectos. Su fin principal es promover el afecto positivo, aunque puede ayudar a aceptar y hacer frente al afecto negativo. Puede considerarse como un sentimiento de comodidad con la propia experiencia subjetiva y está muy relacionado con el carácter de la persona.

## **DESARROLLO DE FUNCIÓN REFLEXIVA**

El desarrollo de esta capacidad está condicionado por el entorno social de la familia y su red de relaciones emocionales. Las representaciones que el niño tiene de las relaciones uno mismo-otros, aunque no estén aún mentalizadas, empiezan a variar en su cualidad en el



primer año de vida, de forma coherente con las interacciones con sus padres y estas representaciones serán cruciales tanto para la creación de un vínculo de apego seguro entre el niño y su madre como para el desarrollo de la capacidad de mentalizar.

Cuando la madre *refleja* el sentimiento del niño, esta percepción organiza la experiencia de forma que éste puede saber qué es lo que está sintiendo.<sup>21</sup> La representación del sentimiento del niño que tiene la madre toma sentido para el pequeño, que la fija sobre la representación que ya tiene de su propio estado. De este modo se va gestando un “*mapping representacional*”, que implica el proceso de coordinar representaciones de uno mismo y de otros y que subyace al hecho de compartir sentimientos, atenciones y creencias, entre otros.

De acuerdo con esto, el significado emocional de los estados mentales, es lo que determina la evolución de la estructura y capacidad para procesar las experiencias. Fonagy (2002) lo expresa diciendo que *“Es la combinación de la representación de la experiencia propia y la representación de la reacción del cuidador lo que permite que el niño elabore el modelo teleológico<sup>22</sup> de la mente y le permite entender las demostraciones afectivas de los otros, a la vez que hará que pueda regular sus propias emociones”*.

## **RELACIÓN ENTRE APEGO Y FUNCIÓN REFLEXIVA**

La teoría del apego descrita por Bowlby, preconiza la necesidad universal que tienen los seres humanos de crear vínculos afectivos. Las conductas de apego del niño (búsqueda de proximidad, sonrisa, etc.) son correspondidas con conductas de apego del adulto (contacto físico, consuelo), lo que hace que se refuerce la conducta de apego del niño con ese adulto. Esta conducta se activa o no al evaluar el niño la situación como insegura o segura. De este modo, se considera que el sistema de apego es, sobre todo, un regulador de la experiencia emocional cuya meta es el sentimiento de seguridad.

Al finalizar el primer año de vida, las experiencias vividas con el cuidador se unen en sistemas representacionales denominados por Bowlby “Modelos Operativos Internos”. Estos modelos, que se adquieren en la infancia, sirven de prototipo para todas las relaciones futuras y son relativamente estables a lo largo de la vida del sujeto tal como quedó demostrado a lo largo de estudios longitudinales, en los que también pudo comprobarse que los adultos seguros tienen tres o cuatro veces más posibilidades de tener niños con un apego seguro.

---

<sup>21</sup> El reflejo de la madre resulta adecuado para el proceso de desarrollo del self si hay cierta discrepancia entre la representación de la madre y la experiencia del niño, es decir si son representaciones análogas pero no idénticas. En el caso de la ansiedad, por ejemplo, si el reflejo que proporciona la madre es demasiado preciso, la percepción que recibe el niño puede convertirse en sí misma en una fuente de temor.

<sup>22</sup> Teleológicos, que explica la conducta en referencia a resultados.

Según Fonagy el sistema de apego está íntimamente relacionado con el *mapping* representacional y el desarrollo de la función reflexiva del self y esto se debe a que los aspectos invariantes que se repiten en las relaciones de uno mismo con los otros, se abstraen en modelos mentales representacionales internos.

### ***Basamento Mental del Apego, la Memoria Procedimental***

La memoria procedimental es un sistema involuntario, implícito, no declarativo y no reflexivo, basado en el uso no consciente de la experiencia pasada; contiene el cómo se ejecutan las secuencias de acciones. Coexiste con la memoria autobiográfica, que sí es en parte accesible al conocimiento y sólo se hace accesible a través de la demostración de la acción. Es muy posible que las representaciones postuladas por los teóricos del apego y de las relaciones de objeto sean a este nivel de memoria procedimental. El apego sería, de este modo, una habilidad adquirida con respecto a un determinado cuidador y codificada como un modelo teleológico de conducta.

En consecuencia el apego seguro se concibe como la adquisición de procedimientos de acción racional dirigidos a una meta con el fin de regular estados aversivos en el contexto del apego.

Este apego seguro se conseguiría en tanto el estado afectivo del niño le sea reflejado de forma precisa, pero no de forma abrumadora. Aquí entra en juego el concepto de *sensibilidad del cuidador*, entendida como el modo de calmar al niño, para ayudarle en la regulación. Este concepto está *muy relacionado* con la *capacidad de la madre de “contener”* y *“metabolizar” mentalmente el estado afectivo del niño que describió Bion*.

De acuerdo con lo anterior, el apego seguro sería la consecuencia de una contención exitosa mientras que el apego inseguro, en sus diferentes modalidades (ansiosos/evitativos, ansiosos/resistentes y desorganizados) sería como la identificación del niño con la conducta defensiva de su cuidador.

### ***Apego y Mentalización***

El apego seguro en la infancia contribuye a la emergencia de habilidades simbólicas en general y a una mentalización precoz en particular ya que predispone a que el niño se beneficie de determinados procesos sociales involucrados en el desarrollo de habilidades reflexivas y de comprensión social. Se indican como tres potenciales mediadores para estos procesos el juego simbólico, el habla y la interacción con el grupo de iguales o mayores.

En concordancia con lo anterior, la seguridad en el apego con la madre es un buen predictor de la capacidad metacognitiva del niño en memoria, comprensión y comunicación.

Se deduce, por lo tanto, que los procesos sociales que aceleran la mentalización serían los mismos que influyen en el apego seguro.

¿Por qué el apego se podría relacionar de forma directa con el desempeño en tareas de mentalización? La adquisición de la teoría de la mente por el niño es parte de un proceso intersubjetivo entre niño y cuidador, en el que el cuidador, a través de procesos lingüísticos y gestuales, se dirige al niño reconociendo que éste tiene sus propias ideas y deseos, que son los que determinan sus acciones y producen reacciones en otros. El cuidador sensible interacciona con el niño considerándolo como persona y enlaza desde la realidad física con la experiencia interna del niño.

Es decir que, con su conducta, el cuidador asigna un estado mental al niño, tratándolo como un agente mental. El niño lo percibe y lo usa en la elaboración de modelos que le permite el desarrollo de un sentido básico de la propia individualidad.

### ***Fraccionamiento***

La función reflexiva evoluciona a lo largo de varias rutas, moldeada por numerosas influencias dinámicas que interactúan. A este fenómeno Fonagy et al. (2002) le denomina fraccionamiento y se refiere a *“la tendencia de la persona a no coordinar habilidades o experiencias que, aun estando separadas de forma natural, se podría pensar que están juntas, según un criterio externo. Es decir, la función reflexiva en un área concreta de interacción interpersonal no tiene por qué generalizarse a otras áreas. No surge como una habilidad general sino sujeta al dominio donde se aprendió (a una categoría de relaciones determinada)”*.

Aunque el desarrollo normal evoluciona desde el fraccionamiento hasta la integración, el fraccionamiento no tiene por qué desaparecer totalmente con el desarrollo. Por tanto, son de esperar distintas variaciones en la función reflexiva incluso en situaciones normales. El self se organiza de forma que determinados Modelos Operativos Internos incluyen gran cantidad de componentes reflexivos, mientras otros Modelos Operativos Internos quedan empobrecidos y cuentan con escasas habilidades de mentalización.

Por otra parte, al retomar el concepto de afectividad mentalizada, logro máximo de la regulación del afecto, se advierte que la misma consta de tres elementos:

***Identificación.*** Hace referencia al hecho de nombrar la emoción que uno siente. Una persona puede no tener claro lo que siente o incluso sentir una mezcla de afectos. Su dificultad mayor estriba en aquellos casos en los que hay vínculos entre afectos, por lo que la identificación, más allá de simplemente nombrar un afecto, incluye el discernir la relación que hay entre varios de ellos.

**Modulación de los afectos.** Se refiere a ajustar el afecto que pueda estar alterado de algún modo, bien en intensidad, duración u otras alteraciones más sutiles. Su forma más compleja incluye la reevaluación de un afecto, es decir, reinterpretar el significado de un afecto en base a la propia biografía histórica.

**Expresión de los afectos.** Puede ser interior o exterior y en su forma más básica podemos distinguir entre impedir la expresión del afecto o no hacerlo. La expresión interior puede ser una estrategia que elija el individuo en los casos en los que no es conveniente la expresión exterior de los afectos. De hecho, la psicoterapia puede considerarse como una forma de experimentar con la expresión interior de los afectos, haciéndolo externamente pero en un ambiente contenido y seguro para el paciente.

La expresión exterior de los afectos demuestra su complejidad en aquellos casos en los que tiene en cuenta a los otros y, a menudo, incluye expectativas de cómo va a ser recibida la comunicación

Hay circunstancias que pueden impedir que la afectividad se mantenga, por ejemplo en momentos difíciles, o en muchas personas cuando sienten el impacto de un afecto importante. La afectividad mentalizada **empuja a que se tome cierta perspectiva** sobre los asuntos. En palabras de Fonagy et al. (2002) *“La afectividad mentalizada nos permite ser humanos o irónicamente, llegar incluso a ser más humanos”*

## **IMPLICANCIA DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA EN EL DESARROLLO DE OTRAS CAPACIDADES**

La Mentalización o Función Reflexiva es la expresión activa de una capacidad psicológica íntimamente relacionada con la representación del *Self*. Sus implicancias se extienden en todo el funcionamiento mental pudiendo destacarse los siguientes aspectos

Proporciona al individuo la capacidad de distinguir la realidad interna de la externa, las formas de actuación simuladas de las reales y los procesos mentales y emocionales internos de las comunicaciones interpersonales<sup>23</sup>.

Participa del desarrollo del sentimiento de propiedad de las acciones que uno lleva a cabo, básico para lograr el sentido de agencia del sí mismo. El sentimiento de propiedad de las acciones está muy ligado al estado mental que inició la acción. La base más temprana de este sentido de agencia está presumiblemente en el sentido que el bebé adquiere con el reflejo de sí mismo que le proporciona el cuidador, y que implica que el mismo dé sentido a los deseos del niño y facilite la conexión entre intenciones y acciones.

---

<sup>23</sup> Distinguir, no implica oposición.

Es indispensable para desarrollar la tolerancia necesaria al dolor mental, la frustración y el manejo de conflictos dando lugar a la elaboración de alternativas más satisfactorias, situaciones propias del vivir.

### **El valor del Juego en la Mentalización**

La mentalización ocurre cuando, en situaciones de juego seguro, el adulto o un niño mayor le refleja al niño su estado mental. De este modo se le provee a las ideas y sentimientos del niño de un enlace con la realidad, indicando la posibilidad de que existan otras perspectivas distintas a las de la mente del niño.

### **DE LA CORREGULACIÓN A LA AUTORREGULACIÓN AFECTIVA**

De acuerdo con los conceptos precedentes, se definen los afectos como *estados mentales* que pueden ser experimentados consciente o inconscientemente y a la regulación afectiva como el proceso de elaborar estados mentales de acuerdo con un sentido de agencia.

Esta perspectiva, intersubjetivista, indica que la subjetividad en el bebé no es innata (“no *starting-state*”); sino que surge a partir de las interacciones que mantiene y que facilitan el desarrollo de los mecanismos mentales básicos que permiten el establecimiento de dicha subjetividad.

La regulación afectiva se basa en la capacidad para mantenerse organizado en momentos de tensión. Se considera como un tipo de autorregulación que surge de la confianza en el cuidador, que se transforma en confianza en el propio self con el cuidador y finalmente, en confianza en el propio self.

En otras palabras, esto explica cómo el niño pasa del estado de correulación al de autorregulación.

Por lo antes expresado, puede comprobarse que el modelo propuesto por Fonagy contribuye a re –conceptualizar la Teoría del Apego más allá de la noción de *proximidad del cuidador como fue la propuesta original de Bowlby*, vinculándola a los orígenes de la función reflexiva y la mentalización. Estos avances están en concordancia con las nuevas Teorías del Desarrollo al considerar que la capacidad de regulación emocional tiene un origen intersubjetivo, pasando de la correulación a la autoregulación. Este fructífero vínculo entre conceptos claves del psicoanálisis y de la teoría del apego posibilita transformar y enriquecer la investigación de la regulación emocional y de ofrecer una aplicación directa y significativa al trabajo clínico tanto con niños como con adultos.

## AGENTE DE LAS PROPIAS ACCIONES

### **Capacidad de tolerar el conflicto, la frustración y el dolor psíquico y de buscar alternativas más satisfactorias.**

Tyson (2005) , se ocupa de estudiar las particularidades de la capacidad reflexiva y de mentalización en la infancia y en particular su aplicación en la clínica de niños con ansiedad y trastornos de conductas disruptivas. Se detalla este estudio como muestra de una de las múltiples aplicaciones de este concepto, el que puede visualizarse en cada una de las experiencias de la vida cotidiana y de la patología mental.

Tyson comienza con dos definiciones, una proveniente del psicoanálisis, el "self" y otra de una perspectiva neurobiológica, "estado mental".

*Self*: organización interna de actitudes, creencias y valores. Los estados cada vez más integrados del self, seamos o no conscientes de ellos, tienen un sentido de continuidad en el tiempo, como también un sentido de conexión interna.

*Estado Mental*: modelo de activación de los sistemas neurológicos responsables del sesgo perceptivo, de la regulación y tono emocional, de los procesos de memoria, representaciones mentales y modelos de respuesta de comportamiento.

Especifica que el grado de autoconciencia contribuye tanto al estado mental como al sentido del self.

Luego, en términos amplios, Tyson se refiere a la organización estructural de los sistemas vivos recordando que ellos oscilan entre el desorden y el orden, la inestabilidad y los procesos de auto-regulación que restablecen la estabilidad. Cuando el equilibrio alcanzado se ve interrumpido o alterado, se fuerza la reorganización entre los sistemas y ello suele evidenciarse como un conflicto, tanto entre sistemas de componentes, estados del self como entre el sistema y el entorno. Estos desequilibrios se experimentan a través de diversos estados afectivos, tales como aflicción, ansiedad y culpa y son estos mismos estados los que inducen a encontrar medidas defensivas, realizar compromisos internos, tratar de manipular el ambiente de alguna manera o encontrar algún compromiso entre el self y el entorno como una forma para conseguir la auto-corrección y reorganización. El "Yo" del concepto de self se refiere al sentido de uno mismo como agente activo.

Entre los principios de los sistemas vivos considera como más importantes la actividad primaria y la organización. La actividad primaria se refiere a la iniciativa endógena de auto-corrección, auto-organización y auto-regulación. De esto nace un sentido de autonomía, ya que uno mismo está asumiendo la responsabilidad de "jefe ejecutivo" del sistema. Para que ello sea posible, se debe experimentar *el sentido del self* que incluye la *experiencia* de una organización interna, *cohesión y estabilidad en el tiempo*.

## SENTIDO DE RESPONSABILIDAD

### Autonomía y dominio

Tyson sintetiza que para la ciencia cognitiva, el nivel más básico la *autonomía* requiere lo siguiente:

- ser consciente de que el self posee una fuerza que puede provocar acción
- tener conciencia de que el self es el instrumento de esa acción
- tener conciencia de que las acciones que el self realiza pueden provocar cambios

A su vez, señala que el *self como ser mental intencional es consciente* de que:

- los pensamientos y los sentimientos se alojan internamente, en la mente
- uno puede pensar y reflexionar acerca de sus propios pensamientos y sentimientos
- uno puede darse cuenta de que los demás también tienen pensamientos y sentimientos, creencias y deseos (Fonagy: mentalización o función reflexiva)

Todo ello se puede visualizar en el **desarrollo** ya que como **ser con intencionalidad**, llega un momento en el que el niño comprende que:

- Las acciones son deliberadas
- Entre las acciones y los sentimientos existen conexiones
- Las distintas formas de sentirse pueden ser consecuencia de acciones específicas
- Uno puede experimentar deseos e intenciones sin realizar ninguna acción al respecto.

Todo lo anterior implica dominio sobre uno mismo y bajo estas condiciones emerge el sentido de la responsabilidad, que supone “ser dueño de tus propias necesidades e impulsos”. Significa admitir la culpa; reconocer que se tienen sentimientos de enfado, odio, envidia, celos, competitivos, vengativos, destructivos, codiciosos y asesinos y no culpar a otros por ello.

De esta manera, se entiende que los conflictos, en cualquier etapa de desarrollo, tanto si son inter-personales como intra-psíquicos, nunca pueden “resolverse” del todo porque los desafíos emocionales que acompañan a estos sentimientos son parte también de la condición humana y, por tanto, no se pueden rehuir. Por lo tanto, lo que se busca durante el desarrollo no es resolución; es dominio – ser poseedor de estos sentimientos, deseos e impulsos, irlos controlando para después expresarlos de la forma más adecuada.

Esta forma de procesar los afectos dota a la mente de capacidad para evitar la desorganización y la tensión resultante de un arrebató emocional intenso y desbordante y el self que es capaz de utilizar la función de señal de los afectos puede actuar como un agente regulador de modo que la persona se vuelve capaz de poder retrasar respuestas reflejas automáticas y en cambio ejercitar el control de ejecución de los sistemas de respuesta emocional. Este control de ejecución se refiere a:

**Abarcar** todos los aspectos de una situación presente trayendo al mismo tiempo a la memoria situaciones pasadas similares.

**Imaginar** las posibles consecuencias de acciones alternativas y reflexionar acerca de los posibles estados afectivos asociados a estas alternativas.

**Integrar** esta información, revisar y reflexionar sobre un número **de** planes posibles, decidir cuál sería el más adecuado a las circunstancias y ejecutar de forma efectiva el plan elegido.

La función reflexiva y de mentalización de los afectos es fundamental para posibilitar la tolerancia a la frustración y al dolor mental y para el desarrollo del sentido de la responsabilidad.

Observaciones Clínicas en niños con trastornos severos de conducta y de ansiedad.

Tyson estudia en detalle la ausencia o disfunción del sentido de autonomía en niños que sufren abusos, abandono o descuido emocional y/o físico, destacando que no han tenido el marco que da el apego estable y que les proporciona herramientas básicas para pensar, etiquetar y reflexionar acerca de sus emociones e intenciones.

De ello se derivan profundas consecuencias en la regulación emocional y por ende, en el comportamiento de estos niños, como las siguientes

Aunque puede que se reconozcan a sí mismos como agentes activos de ciertas acciones físicas, parece que no entienden que sus acciones son intencionadas y deliberadas y que tienen opciones de elección, no todos los sentimientos, impulsos y deseos se pueden —o se deberían— ejecutar.

Siendo incapaces de ver que sus acciones son el resultado deliberado de sus propias emociones, intenciones, y elecciones, no son capaces de reflexionar sobre sus acciones.

No comprenden los vínculos que unen sus emociones, y sus acciones y no se hacen responsables de las mismas. En lugar de eso viven sus acciones como impulsos reactivos a las provocaciones del entorno.

Ello es consistente con las siguientes observaciones sobre el ejercicio de la función reflexiva y la mentalización en estos niños con trastornos severos de conducta

No han desarrollado la capacidad de emplear sus emociones como sistema de alarma.

Son incapaces de etiquetar y de pensar en sus emociones y no reconocen las conexiones entre acciones, consecuencias y sentimientos.

Tienen una capacidad limitada auto-control y de auto-regulación

Tienen muy poco control ejecutivo de los sistemas de respuesta emocional.

En su mundo interior reina el caos y el único camino que encuentran para regular sus afectos es tratando de controlar a los demás. Cuando no lo consiguen, irrumpen en su



equilibrio afectivo respuestas con una perentoria reflexión tales como furia, ansiedad, miedo y pánico.

Al carecer de la capacidad de integración de sus estados mentales desarrollan aparatos de respuesta al estrés excesivamente activo y reactivo

Se tornan hipervigilantes de las indicaciones del entorno, particularmente de las no verbales - movimientos del cuerpo, gesticulación, el tono de la voz.

Resultan hipersensibles a la ansiedad fisiológica.

Están predispuestos a reaccionar de forma impulsiva y perentoria a los estímulos emocionales.

No se dan cuenta de su intensa excitación emocional ni siquiera después de que se vuelve desorganizadora.

## **SÍNTESIS**

### **Consecuencias para los modelos diagnósticos de las concepciones teóricas y clínicas de la función reflexiva y mentalización**

La emergencia de las capacidades de regular las propias emociones y/ o estados está estrechamente ligada a los patrones de interacción que se forman tempranamente, son duraderos y transgeneracionales. Ello conduce a enfatizar la necesidad de evaluar la capacidad reflexiva de los padres y cuidadores en todo proceso psicodiagnóstico.

Esto se refiere, más específicamente, a la capacidad de los adultos para tomar en consideración las razones que hay detrás de las acciones de los demás, para tomar en cuenta los sentimientos, estados mentales y deseos de los hijos como condición esencial para el desarrollo por parte del niño de representaciones de sus propias acciones como motivadas por estados mentales, deseos y anhelos.

La capacidad para identificar y usar parte de un afecto impidiendo que se vuelva intenso, desorganice las funciones de auto-regulación y nos abrume se consigue con el desarrollo; no se trata de una cualidad automática del afecto, y algunas personas, como los que llamamos borderline, no adquieren nunca esta capacidad. Además, se trata de una función vulnerable, que necesita ser restablecida en distintas circunstancias.

## 2.4. CAPACIDAD PARA LIGAR LO ERÓTICO CON LO TIERNO

### SIGMUND FREUD

Amnesia Infantil

Inhibiciones a la Sexualidad – Periodo de Latencia, Sublimación y Formación Reactiva

Exteriorizaciones de la sexualidad infantil

Vías de la Influencia Recíproca

### RICARDO RODULFO

Revisión de conceptos freudianos

La sexualidad ambientada

Intimidad. Una construcción con otros

De la sexualidad perversa polimorfa a las experiencias sexuales infantiles

## CAPACIDAD PARA LIGAR LO ERÓTICO CON LO TIERNO

En el estudio de esta capacidad se revisarán consideraciones de Sigmund Freud y de Ricardo Rodulfo.

### SIGMUND FREUD

En un texto titulado “Tres Ensayos de Teoría Sexual” Freud (1905) expone por primera vez su teoría de la sexualidad humana. Con un estilo conservador – diferente al que habitualmente utiliza- introduce en su ámbito científico pensamientos considerados revolucionarios para la época: amplía el concepto de sexualidad manifestando que no se circunscribe solo a la genitalidad, que se encuentran expresiones de la misma en los niños pequeños y que sus ramificaciones son observables tanto en los síntomas neuróticos como en las más disimiles expresiones culturales del individuo.

El segundo de estos Tres Ensayos (Freud, 1905, p.157-182) titulado “La Sexualidad Infantil”, comienza con la afirmación de que *“Un estudio a fondo de las manifestaciones sexuales de la infancia nos revelaría probablemente los rasgos esenciales de la pulsión sexual, dejaría traslucir su desarrollo y mostraría que está compuesta por diversas fuentes.”*

Los siguientes desarrollos contribuyen a la reflexión de la ligadura entre lo erótico y lo tierno.

#### Amnesia Infantil

Freud, en el texto arriba especificado, se interroga sobre la peculiar amnesia que en la mayoría de las personas cubre los primeros años de su infancia. Reflexiona que *“se nos informa que en esos años, de los que después no conservamos en la memoria sino unos jirones incomprensibles, reaccionábamos con vivacidad frente a las impresiones, sabíamos exteriorizar dolor y alegría de una manera humana, mostrábamos amor, celos y otras pasiones que nos agitaban entonces con violencia, y aun pronunciábamos frases que los adultos registraron como buenas pruebas de penetración y de una incipiente capacidad de juicio”*.

Por otro lado afirma que esas mismas impresiones olvidadas dejan profundas huellas en la vida anímica y que son determinantes para el desarrollo posterior. Supone que no puede tratarse de una desaparición real de las impresiones infantiles, sino *“de una amnesia semejante a la que observamos en los neuróticos respecto de vivencias posteriores y cuya esencia consiste en un mero apartamiento de la conciencia (represión).”*

Se interroga sobre las fuerzas que provocan dicha represión de impresiones infantiles y especula que es la misma que genera la amnesia histórica, recordando su fórmula de que *“la sexualidad de los psiconeuróticos conserva el estado infantil o ha sido remitida a él.”*

A partir de ello sugiere que la amnesia infantil misma se relaciona con las mociones sexuales de la infancia.

Se basa en sus estudios sobre la amnesia histórica, la que, en función de la represión *“sólo se vuelve explicable por la circunstancia de que el individuo ya posee un acervo de huellas mnémicas que se han sustraído a su asequibilidad consiente y que ahora, mediante una ligazón asociativa, arrastran hacia sí aquello sobre lo cual actúan.”* Afirma a su vez, que sin amnesia infantil no habría amnesia histórica.

Puede observarse como Freud va construyendo sus teorías sobre el desarrollo psíquico en base a inferencias que va haciendo sobre diversas patologías, en este caso las neurosis.

### **Nuevas concepciones sobre la amnesia infantil.**

Resulta necesario incorporar los estudios actuales sobre la memoria y derivar de ellos las enormes implicancias que tienen para las Teorías Psicoanalíticas tradicionales ya que modifican el modelo de cómo funciona el psiquismo y cómo se genera la psicopatología. Se conocen distintos tipos de memorias, en particular la procedimental (procedimientos cargados afectivamente) y la declarativa (mediada por la palabra). Ambas tienen una base cerebral diferente, amígdala e hipocampo respectivamente y su maduración biológica ocurre a distintas edades; mientras la amígdala está completamente desarrollada en el recién nacido, el hipocampo es inmaduro durante los dos primeros años de vida. La memoria procedimental da lugar al inconsciente originario, que no es el resultado de la represión por razones afectivas - porque algo no se desea conocer y es rechazado de la conciencia- sino porque se organizó en forma de procedimientos automatizados de cómo relacionarse con el otro y con el mundo. Una de las implicancias fundamentales es que mientras el conocimiento declarativo puede ser recordado, el conocimiento procedimental sólo se recupera como “enactment”, es decir, como actuación en la relación. Además, según refiere Bleichmar (2001) *“el saber actuado evoluciona y cambia por procesos que son intrínsecos a este sistema de representación, y que no se basan en la traducción de los procedimientos a un conocimiento declarativo. Lo que no significa que la traducción del saber actuado a palabras no sea una herramienta terapéutica de peso o no constituya una etapa evolutiva importante. Lo que sí significa es que el desarrollo no se produce única o primariamente por un movimiento que va desde la codificación procedimental hasta la codificación simbólica (o desde el proceso primario hasta el proceso secundario, o desde las formas de pensamiento pre verbales a las verbales).*

*Las formas procedimentales de representación no son infantiles, sino que son intrínsecas a la cognición humana en todas las edades, y subyacen a muchas formas de acción cualificada, incluyendo la interacción social en la intimidad.”*

### **Inhibiciones a la Sexualidad – Periodo de Latencia, Sublimación y Formación Reactiva**

Freud (1905) sostuvo que *“el neonato trae consigo gérmenes de mociones sexuales que siguen desarrollándose durante cierto lapso”* hasta que después sufren una *“progresiva sofocación”* denominada por él *“Periodo de Latencia”* durante el cual se edifican *“poderes anímicos”* que, al modo de diques, inhibirán la pulsión sexual: el asco, la vergüenza, la moral.

Al describir las inhibiciones sexuales, refiere que la educación contribuye para lograr dicha coerción, pero afirma que *“este desarrollo es de condicionamiento orgánico, fijado hereditariamente, y llegado el caso, puede producirse sin ninguna ayuda de la educación.”* Sin embargo, 10 años después agrega al texto la siguiente nota aclaratoria: *“Por cierto, no es posible individualizar la cuota correspondiente a la herencia antes de apreciar la que pertenece a la infancia”*. Freud se refirió a fenómenos culturales alejados de la satisfacción sexual directa definiéndolos como sigue:

**Sublimación.** Implica la desviación de las fuerzas pulsionales sexuales de sus metas y su orientación hacia metas nuevas con los que se adquieren poderosos componentes para todos los logros culturales.

**Formación Reactiva.** Alude a fuerzas anímicas contrarias a la sexualidad infantil que construyen los mencionados diques psíquicos: asco, vergüenza y moral.

Partiendo de las anteriores premisas Freud se pregunta *“¿Con qué medios se ejecutan estas construcciones tan importantes para la cultura personal y la normalidad posterior del individuo?”*

Indica que, por un lado, las mociones sexuales infantiles por ser inaplicables a la reproducción serían diferidas (latencia) y por otro, que al ser *“perversas”*, es decir, buscar la satisfacción en zonas erógenas diferentes a las genitales, solo producirían displacer en el niño y por lo tanto suscitan fuerzas anímicas contrarias, reactivas, para sofocar dicho displacer.

Estos conceptos fueron reformuladas por Freud a lo largo de su obra en diferentes sentidos, reconociendo un *“más allá del principio del placer”*, pero siempre sostuvo como motivación principal del psiquismo la sexualidad; ya que a través de sus diferentes vicisitudes emergerán todos los deseos y modalidades defensivas a los mismos configurando la *“estructura psíquica”* de cada sujeto.

## **Exteriorizaciones de la Sexualidad Infantil**

Ante el interrogante de cuál es el carácter universal de las exteriorizaciones sexuales del niño, que nos permitiría reconocerlas, Freud (1905, p.157 -182) responde con los siguientes conceptos:

### ***Autoerotismo***

Cuando la pulsión no está dirigida a otra persona; se satisface en el cuerpo propio, es autoerótica. Refiere como modelo primordial que la primera y más importante actividad para la vida de un niño es la de mamar del pecho materno y que en esa acción los labios se comportaron como una zona erógena que al ser estimulada por la cálida leche experimentan una sensación placentera.

### ***Apuntalamiento***

Dado que al comienzo, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse deduce que *“el quehacer sexual se apuntala {anlehn} primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella.”*

### ***Zona Erógena***

*“Es un sector de piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad.”* Aclara que si bien existen zonas erógenas predestinadas (mucosa bucal, labios) cualquier otra mucosa o sector de la piel puede serlo, dependiendo para ello del tipo de estimulación que reciba.

Define, a partir de lo anterior, tres caracteres que considera esenciales de la sexualidad infantil *“Esta nace apuntalándose en una de las funciones corporales importantes para la vida; todavía no conoce un objeto sexual, pues es autoerótica, y su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena.”*

### ***Pulsiones Parciales***

Son aquellas que aspiran a conseguir placer cada una por su cuenta, enteramente desconectadas entre sí (oral, anal, fállica) y son factibles de ser satisfecha sin la intervención de otro.

Incluye, además, el interés del niño por ver, mostrar y apoderarse “cruelmente” de otras personas, siempre en *“calidad de objetos sexuales”*. *“Tenemos que admitir que también la vida sexual infantil, a pesar del imperio que ejercen las zonas erógenas, muestra*

*componentes que desde el comienzo envuelven a otras personas en calidad de objetos sexuales. De esa índole son las pulsiones del placer de ver y de exhibir, y de la crueldad...”*

En función a lo anterior, Freud define a la sexualidad infantil como Perversa Polimorfa llegando luego a la conclusión de que *“El punto de llegada del desarrollo lo constituye la vida sexual del adulto llamada normal; en ella, la consecución de placer se ha puesto al servicio de la función de reproducción, y las pulsiones parciales, bajo el primado de una única zona erógena [genital], han formado una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno.”*

De este modo, quizás preso de los mismos mandatos represivos que intentaba destrabar, su punto de llegada no es muy diferente al de partida: sexualidad normal ligada a la función reproductiva, bajo el primado de la genitalidad.

### **Vías de la Influencia Recíproca**

Freud describe diferentes *fuentes* de la sexualidad infantil, tales como las excitaciones mecánicas y la actividad muscular, procesos afectivos diversos y la actividad intelectual sostenida, para concluir su artículo en un apartado al que titula *“Las vías de la influencia recíproca.”*

Conjetura que *“todas las vías de conexión que llegan hasta la sexualidad desde otras funciones tienen que poderse transitar también en la dirección inversa.”*

Pone por ejemplo a la zona labial, que al ser patrimonio común de la nutrición y de la satisfacción sexual, puede ver perturbada su función alimentaria cuando hay alguna alteración erógena, o la atención intelectual diciendo que *“... una vez que sabemos que la concentración de la atención es capaz de producir excitación sexual, ello nos induce a suponer que actuando por la misma vía, sólo que en dirección inversa, el estado de excitación sexual influye sobre la disponibilidad de atención orientable.”* Freud (1905, p.157 -182)

Concluye con las siguientes afirmaciones:

*“Una buena parte de la sintomatología de las neurosis, que yo derivo de perturbaciones de los procesos sexuales, se exterioriza en perturbaciones de las otras funciones, no sexuales, del cuerpo.”* Y que *“... esos mismos caminos por los cuales las perturbaciones sexuales desbordan sobre las restantes funciones del cuerpo servirían en el estado de salud a otro importante logro. Por ellos se consumaría... la sublimación de la sexualidad.”*

Puede deducirse de lo anterior, que la *“influencia recíproca”* a la que Freud se refiere, toma como protagonista privilegiada a la sexualidad y a sus expresiones en diversas funciones, pero que sin embargo, no considera que puedan existir problemas ajenos a la

excitación sexual y que repercutan a su vez, en un incremento o inhibición de la misma como intento alternativo de resolución. Este aspecto, referido a influencias reciprocas entre distintas motivaciones, se contempla específicamente en el Enfoque Modular Transformacional, desarrollado en las Bases Teóricas de esta Tesis.

## **RICARDO RODULFO**

### **Revisión de Conceptos Freudianos**

Ricardo Rodulfo (2008, p. 53-68) hace un análisis crítico de los “Tres Ensayos” y comienza resaltando la riqueza del “texto” – expresada tanto en sus coherencias como en sus contradicciones - diferenciándolo de las “teorías oficiales” que en él se formulan. Expresa que dicho artículo, en su dirección principal, *“aspira a desplegar una evolución de la sexualidad hereditariamente (genéticamente) programada, independiente, en la secuencia esencial de sus pasos, de factores culturales..., donde el acento se pone en zonas erógenas “predestinadas”. Como si dijéramos que el ideal de Freud aquí lo lleva a plasmar el mito de un niño – pura- pulsión, sin historia y sin Otro.”* Teoría que forja una “sexualidad anobjetal” fundada de manera autoerótica, pensando al entorno humano apenas como un factor accidental que interviene sobre la pareja complementaria, pulsión – zona erógena.

Por otra parte, rescata como válidos los siguientes conceptos del texto de Freud antes mencionado, Tres Ensayos:

- La sexualidad presente *desde la infancia*, previo a la pubertad.
- Su *polimorfismo*, pero *no soldado al término de Perversión* (las expresiones sexuales no genitales y no heterosexuales no implican por sí mismas perversión o patología).
- La *incidencia de la sexualidad del adulto en el niño*, por ejemplo cuando Freud se refiere a la seducción, hoy entendida como abuso.
- La cualidad “*diseminativa contaminante*” de lo sexual (capacidad de desplazamiento) infiltrándose en prácticas y territorios no sexuales.

### **La Sexualidad Ambientada**

Rodulfo introduce *otro modo de comprender la sexualidad infantil*, y “hace trabajar” ciertos conceptos de Freud, vinculándolos especialmente con desarrollos sobre el jugar desplegados por Winnicott, abriendo nuevas líneas de pensamiento. Postula *que no todo lo esencial es sexualidad infantil en la fuerza de la infancia*, dado que *hay otra corriente poderosa e independiente, la del jugar (“playing”)* que se mixtura con ella. Emana una diversidad de conceptos a partir de dicha inclusión:

### **Jugar no es sublimación de la sexualidad**



Esta mirada rescata la “...*emergencia originaria del jugar, que toma pronto la forma de deseo de jugar, irreductible a la sexualidad*”.

Se aleja así de la monorazón sexual de la existencia humana propuesta por Freud, ya que no considera que todos los deseos, entre ellos el de jugar, deben desexualizarse - *sublimarse* - para convertirse luego en lo que efectivamente son.

### **¿Erotismo o Pornografía?**

A diferencia de Freud (1905) que sostiene que los niños desde muy pequeños “*envuelven a otras personas en calidad de objetos sexuales*” Winnicott despliega el término madre en tres instancias:

- la de objeto que *satisface las necesidades* (objeto sexual de Freud)
- la de otra, es decir, alguien *diferente de mí* (alteridad) y
- la de madre ambiente, o sea la que *genera un “lugar - para - ser”*

Esta tríada necesita actuar en simultaneidad y desde el principio, no se trata que a la necesidad de alimentarse se le agregue luego cualquiera de las otras dos. De no ser así, “*la relación con la madre reducida a lo sexual de las partes del cuerpo (los “objetos parciales”) sería como una película pornográfica: ‘placer de órgano’, no anobjetal sino anotredad*”<sup>24</sup>.

**Perversión.** En el párrafo anterior se quiere significar que si se desvanece la singularidad subjetiva en beneficio del placer local la sexualidad se resignifica como perversa, ya que el otro no importa salvo en carácter de objeto para lograr la propia satisfacción. En esta nueva concepción ya no se pone el acento en la primacía de la genitalidad, de la heterosexualidad o la procreación, sino en el reconocimiento de la alteridad del otro; de la mente, del cuerpo, de los sentimientos, de los deseos del otro. De modo que para definir perversión “*...la desubjetivación es el rasgo decisivo, que por lo demás puede incluir perfectamente lo genital.*”

**Erotismo.** A diferencia de la pornografía, el erotismo implica un alto grado de “*singularización del (cuerpo del) partenaire y es así hasta para el autoerotismo, diferenciando, por ejemplo, una masturbación mecánica, calmante, compulsiva, de una masturbación imaginativa*”. Se destaca también, además del carácter lúdico, la necesidad de un clima de intimidad para que una experiencia tenga un significado erótico.

**Intimidad. Una construcción con otros.** En el texto de Rodolfo antes mencionado (2008, p. 53-68), el autor considera un término ausente en Los Tres Ensayos de Freud.

---

<sup>24</sup> “No anobjetal sino anotredad”; se refiere que no faltaría un objeto de satisfacción sexual (anobjetal), sino el reconocimiento de otra persona y de su subjetividad (anotredad).

Recuerda que dicho concepto es incluido por Winnicott como **un logro al que se llega por un gran trabajo de fusión entre la madre y el bebé**, que, a través de compartir estados afectivos, construyen una estructura de intimidad que permitirá disponer de un *“campo relacional donde la sexualidad infantil tendrá que ubicarse, no solo enmarcada, impregnada por ella.”*

Desde esta perspectiva, la intimidad envuelve a la sexualidad, pero no es derivada de ella, sino que parece dependerse más de los múltiples juegos madre-bebé y no del *“apuntalamiento”* en funciones corporales. Rodulfo registra que este último concepto, *“tenía forzosamente que quedar fallido, al estar dominado y limitado por el positivismo, que demandaba el carácter primario de las grandes necesidades de la vida, entre las cuales no podía figurar la intimidad, otra vez derivación secundaria.”*

Cabe destacar que la **ternura**, sentimiento que no puede faltar en el contacto con un bebé, es poco tenido en cuenta teóricamente salvo cuando fue considerada por Freud también como un derivado de la sexualidad a través de un costoso trabajo de “inhibición de la meta sexual”.

### **De la Sexualidad Perversa Polimorfa a las Experiencias Sexuales Infantiles**

Rodulfo continúa reflexionando que así como existe una tendencia en la sexualidad humana a propagarse más allá de la reproducción, corresponde al jugar diseminarse en prácticas no lúdicas como el trabajo, el aprendizaje y la vida sexual.<sup>25</sup> Tendencia no simétrica, ya que si la excitación sexual se infiltra en el juego infantil interfiere con él, pudiendo interrumpirlo o tornarlo compulsivo. En cambio *“la sexualidad – la infantil y la no infantil – se enriquece con la inmición de lo jugante, ..., se subjetiva...”* Aclara además que *“Una sexualidad no lúdica se degrada rápidamente por maneras pornográficas des subjetivadas”*. Es así como Rodulfo afirma que *“el factor subjetivación queda del lado del jugar”* y que es esto lo que genera la capacidad de tener **experiencias sexuales infantiles**, y no la mera satisfacción física de distintas zonas erógenas<sup>26</sup>.

De acuerdo a las consideraciones previas se destacan a modo de síntesis las reformulaciones de las teorías freudianas sobre la sexualidad propuestas por Rodulfo

En el ámbito de la Salud, las pulsiones parciales se expresan dentro de un cúmulo de experiencias con otro(s), en general la madre, por lo que dejan de ser “parciales”, para

---

<sup>25</sup> “Juegos sexuales”. Se desanuda lo sintomático y lo patológico al ligarse sexualidad con juego.

<sup>26</sup> Tal como se explicitara en el capítulo de juego, Rodulfo considera necesario resignar la noción de Freud de descarga de excitación psíquica, en favor de incorporar el concepto de experiencia.

ponerse al servicio de la construcción de intimidad. *“En el interior de ese abrazo íntimo, puede despuntar la sexualidad.”*

No todas las neurosis son causadas por represión de la sexualidad. En **la actualidad los problemas de la sexualidad** se corresponden más con la **des- subjetivación** y con la tendencia a reducir al otro/a a *“objeto sensación”*, expresión utilizada por Francis Tustin (1987) en sus estudios sobre el autismo.

Por lo anterior **no** puede sostenerse la hipótesis **generalizada** de una etiología sexual de las enfermedades mentales. De ello se deriva que *“Subjetivar lo sexual parece ‘lógicamente’ previo a satisfacer lo sexual.” “La intimidad es el gran factor de integración, y no la ‘genitalidad’ ...”*

La sexualidad deja de ser la única raíz y guía que organiza el psiquismo humano, y se admiten otras dimensiones, fundamentalmente la búsqueda de contacto intersubjetivo como motivación independiente y primigenia.

En una clara expresión concordante con estos avances conceptuales, Díaz Rossello (2006) expresa lo siguiente *“Mucho antes de que exista discriminación ocular, la boca explora, succiona el pulgar, degusta y deglute el líquido amniótico. Nos maravillamos viendo a un recién nacido pre término tan pequeño como de 30 semanas entusiasmarse y succionar con fruición su pulgar entero dentro de la boca en forma cíclica y periódica mientras sus ojos permanecen cerrados. Todo funciona como si hubiera una vigilia o alerta oral antes de que sea nítido y útil el alerta visual. En los hechos, el recién nacido explora y se interesa con la boca antes que con la mirada. Si existe una vigilia oral, nuestras primeras comunicaciones, los momentos de placer y de aversión, incluirán esa ruta biológica y el intrincado juego social le agrega interés y complejidad.”*

## **2.5. COMPARTIR EXPERIENCIAS DE INTIMIDAD**

### **BÚSQUEDA EPISTEMOLÓGICA**

#### **UNA VISIÓN DEL PSICOANÁLISIS: ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL**

- Definición y Discriminación de Conceptos
- Relación entre Apego, Intimidad y Otros Sistemas Motivacionales
- Modalidades de la Intimidad
- Sincronías y Entonamientos
- Angustias ante la Intimidad
- Interrogando el Concepto de Intimidad

#### **UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA: LAS TRANSFORMACIONES ACTUALES EN LAS VIVENCIAS DE INTIMIDAD**

## BÚSQUEDA EPISTEMOLÓGICA

El Diccionario de la Real Academia Española define el término de Intimidad, como *“la zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia.”* Aclara además que la palabra intimidad proviene de la raíz latina “inti”, que significa interior, y de “mus”, que expone su carácter superlativo.

El término de intimidad no fue encontrado dentro de los descriptores de Ciencias de la Salud si bien figuran otros términos relacionados pero no equivalentes. Entre ellos los siguientes:

**Confidencialidad:** Información privada comunicada en forma confidencial y que implica principios éticos y legales.

**Espacio Personal:** Límites invisibles alrededor del propio cuerpo que el individuo mantiene en relación a los otros.

**Privacidad:** La condición de estar libre de intrusión o perturbación en la vida personal o asuntos privados; un derecho civil a la libertad contra intrusión en los asuntos privados de uno.

## UNA VISIÓN DEL PSICOANÁLISIS: ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL

En este apartado se explicitarán algunos conceptos de H. Bleichmar (1999), publicados en un artículo titulado “Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro” en el cual se estudia este tema en profundidad. Todas las citas de este autor que figuran a continuación remiten al mismo texto.

### Definición y Discriminación de Conceptos

#### *Intimidad*

Área de la intersubjetividad que desencadena intensos deseos y tensiones. *“Vivencia, a nivel inconsciente y consciente, de que el sujeto y el otro se hallan o no en un mismo espacio emocional, espacio en que el sujeto puede sentir que se fusiona jubilosamente con el otro sin perder su sentimiento de ser, o que, por el contrario, tiene una sensación lacerante de soledad en presencia del otro, de vacío, de que el otro está por fuera de ese espacio, a la vista, incluso en estrecho contacto físico, pero inalcanzable.”*

Bleichmar describe que expresiones como *“te siento distante”*, *“no nos entendemos”*, *“es como si estuviéramos en dos mundos diferentes”* expresan, con todo el dolor que implican, la soledad en el instante mismo en que se está físicamente acompañado.

El autor destaca que este sentimiento de desencuentro que no debe confundirse con la angustia, el miedo o la tristeza, ya que se refiere específicamente, al sufrimiento por no ocupar el lugar deseado en la mente del otro y, sobre todo, por no poder llegar con sus sentimientos, con sus pensamientos, *“para provocar en él/ella la resonancia que posibilite la vivencia de estar juntos.”*

### ***Relación entre Apego, Intimidad y Otros Sistemas Motivacionales***

Se exploran las relaciones entre apego e intimidad, sosteniendo que ambos conceptos se relacionan pero no son idénticos. Sostiene que el *apego*<sup>27</sup> puede estar motivado en distintos sistemas motivacionales, ya que el sujeto puede *buscar la cercanía* de alguien por motivos tan diversos como el que contribuya a su regulación psíquica, a disminuir su angustia, a organizar su mente, a proveer un sentimiento de vitalidad, de entusiasmo o a sostener su autoestima y adquirir un sentimiento de valía.

Sin embargo, *“el placer en el sentimiento de intimidad que produce el encuentro con el otro”* es una motivación adicional para el apego que no es reducible a ninguna de las otras motivaciones.

A algunas personas les es suficiente con el apego autoconservativo o el sexual, siendo la cuestión de la intimidad algo que ni siquiera está planteada en sus mentes. Solo cuando predomina la necesidad de sentirse en el mismo espacio emocional que el otro y de sentir que hay un encuentro de mentes resulta necesario reconocer la búsqueda de un objeto de la intimidad.

Por otra parte, el autor expresa que debe considerarse la compleja articulación entre los distintos sistemas motivacionales *“El sujeto podrá tener todos estos objetos separados en distintas personas –el amigo/a de la intimidad es claramente diferente del objeto sexual o del autoconservativo–, o algunos de ellos confluir en un solo personaje que cumple varias funciones simultáneamente.”*

Este pensamiento conduce a discriminar conceptos tales como el de **“angustia de separación”**, pues ella puede corresponder a motivaciones muy diversas, aun expresándose clínicamente de la misma manera.

### **Modalidades de la Intimidad**

---

<sup>27</sup> El apego es un sistema motivacional de base biológica común con la especie animal que a través de las constantes sensoriales innatas garantiza al neonato la proximidad al otro humano, a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado. Se estructura en la experiencia interactiva, ya que la comunicación precede a la representación simbólica. Evoluciona rápidamente con el desarrollo de la subjetividad hacia formas complejas que constituyen los deseos de contacto afectivo.

El sentimiento de intimidad puede alcanzarse por diversas modalidades, algunas de las cuales se mencionan a continuación

***El cuerpo del otro.*** Hay sujetos que experimentan que **están en el mismo espacio psicológico si ambos sienten el cuerpo del otro** y sobre todo si está representado placenteramente. Sin embargo **el tipo de contacto que pasa a ser índice** de que se está juntos es muy diverso; algunos requiere como indispensable la sexualidad directa, para otros resulta suficiente pasar junto al otro y rozarlo fugazmente a condición de que ello señale que se comparte una presencia. Este “*objeto de la intimidad corporal*” esta dado por el deseo de que la mente del otro, sientan y deseen al cuerpo del sujeto.

***Un mismo estado afectivo.*** Algunas personas “*viven la intimidad como basada en participar de un mismo estado afectivo, sea el de alegría, el de tristeza, el de sorpresa, el de interés, el de horror y disgusto...*” Cuando ese deseo domina al sujeto, se hace todo lo necesario para activar en el otro el estado afectivo deseado: “***la comunicación es una acción sobre el otro para producir la resonancia afectiva, para que el otro vibre en la misma longitud de onda. Incluso, se hipertrofia el propio sentimiento, se histeriza la emoción, para arrastrar al otro. O, a la inversa, el sujeto se mimetiza con el estado de ánimo del otro para sentir que está con ese otro.***”

Se destaca que en esos casos, **la afectividad no es algo en sí misma**, sino que **vale como medio para alcanzar el encuentro**. Se puede vincular con nociones como las de “*false self*” o de personalidad “*como si*” las que implican la estructuración del carácter en base al uso del mimetismo para lograr la intimidad.<sup>28</sup>

***Hacer algo práctico en que el otro interviene.*** Otros adquieren ese sentimiento de espacio mental compartido cuando hacen algo práctico en que el otro interviene –cocinar, arreglar un objeto, pintar un cuarto, seleccionar algo que se compra. La actividad actúa de indicador semiótico para el sujeto de “*estar con*”.

***Compartir pensamientos e ideas.*** Puede suceder también que el experimentar emociones sea es captado como peligroso, de modo que el sujeto bloquea defensivamente cualquier emergencia de aquéllas. En esos casos, el logro del sentimiento de intimidad tomará otros cauces, como por ejemplo la valoración narcisista de ciertas funciones – la de pensar, por ejemplo- y sus productos -los pensamientos. Esta tendencia ilustra como ciertas comunidades ideológicas - movimientos políticos, religiosos, científicos o profesionales-

---

<sup>28</sup> Hugo Bleichmar se refiere a ciertos padres que exigen que el hijo despliegue una especie de exaltación narcisista, para permitirles compartir su intimidad, de modo que el niño autofuerza sentimientos, pensamientos y actitudes hasta hacerlos equivalente al del otro para conseguir ese sentimiento básico.

brindan un sentimiento de comunión, de intimidad, por el hecho de pensar de manera de similar. Líderes o seguidores pueden sentir que forman una unidad, que “*están con*”, al compartir el credo pero molestándoles que el otro le proponga cualquier intercambio afectivo o una actividad desvinculada de la concordancia ideológica.

### **Sincronías y Entonamientos**

Bleichmar considera que el sentimiento de intimidad es una **dimensión supraordinada**, que depende, en parte, de la **coordinación de ciertos ritmos** por ambos participantes de una interacción, tal como fue enunciado por Stern al estudiar el fenómeno del “*entonamiento*”.

Dado que la sincronía y el entonamiento abarcan al encuentro corporal, afectivo, instrumental y cognitivo puede verse como **ciertos aspectos vinculados con la forma o modalidad del pensamiento, más que con el contenido de las ideas, ayudan u obstaculizan el desarrollo de intimidad**. Esto puede ilustrarse en la situación en que una persona, cuya forma de razonar se ajusta más a un discurso convencional - *encadena pensamientos y argumentos de manera lógica* - entra en contacto con alguien que piensa en términos más de proceso primario -*salta de un tema a otro, volviendo al anterior, dejando indeterminado de quién se está hablando* -. Es posible que en dicho encuentro sientan una disonancia cognitiva, una sensación de malestar, de falta de encuentro. Del mismo modo, el **ritmo de pensar** del otro, demasiado rápido o demasiado lento; forjan una **a-sincronía** que es captada como desencuentro. *Todo ello “genera en ciertas personas el sentimiento de no poder encontrarse con el otro porque las corrientes que organizan el pensamiento de uno y otro circulan por diferentes caminos de jerarquía de aquello de lo que se habla, de qué se espera que sea el momento siguiente en el diálogo”*.

### **Angustias ante la Intimidad**

La intimidad no siempre es algo deseado y cuyo logro produzca satisfacción.

Bleichmar expresa que “*para alguna gente, ya sea a través de experiencias directas de intercambios con sus figuras significativas, ya sea por identificación con esas figuras que le transmitieron cómo ellas viven la intimidad, o por el producto de sus producciones fantasmáticas, o por la articulación de estos factores con múltiples direcciones de determinación, lo cierto es que la representación interna del encuentro con el otro está cargada de temor: ser invadidos, avasallados, culpabilizados, perseguidos, castigados, entristecidos, sobreexcitados, contagiados con ansiedad, forzados a hacer lo que no desean,*



*perturbados en sus ritmos, desorganizados cognitivamente, etc. Es decir, violentados corporal, afectiva, instrumental o cognitivamente.”*

En el ámbito del desarrollo emocional es frecuente, en las relaciones entre los adolescentes y sus padres que aquéllos rechacen a éstos porque la intimidad conlleva el sentimiento de invasión en cualquiera de los niveles descritos, también puede observarse en parejas, como se puede rechazar al otro en **una** de las modalidades de la intimidad, la sexual o la afectiva por ejemplo, debido a que sobre dichos encuentros recae el significado de que “*estar con*”, sentimiento que se tornó amenazante para la integridad del self en cualquier de sus dimensiones .

Un aspecto que puede generar importantes defensas y rechazo a la intimidad, es el impacto traumatizante que es capaz de producir la afectividad del otro. Si esta afectividad es *excesiva, cambiante, caótica* –padres borderline, por ej.-, el sujeto se defiende de los mismos, llegando a eliminar todo deseo de contacto. En la situación analítica, si el analista es ansioso, si su forma de hablar, su tono de voz, transmite alarma, en estos casos “*el paciente puede tender a aislarse, a “resistirse” no por el contenido temático de lo que se le dice, no por rivalidad narcisista sino porque el estado emocional con el que se le inunda, y se le pide compartir, es desorganizante para su psiquismo.*”

Como con cualquier tipo de deseo, el de intimidad genera en los sujetos diversas **expectativas**. La frase tan frecuente de “*no sé si me entiende*” puede provenir de las experiencias reiteradas que el sujeto ha tenido de no poder alcanzar el sentimiento de intimidad con el otro, de compartir el mismo espacio mental. Tal es así que se puede tener la anticipación de que la intimidad no será jamás alcanzada, de que no habrá forma de llegar al otro. Según expresiones de Bleichmar “*Si alguien ha tenido la experiencia de convivir en su infancia con padres irracionales puede llegar un momento en que abandone cualquier esfuerzo en pos del logro de intimidad, por lo que no comunicará sus pensamientos, sentimientos, o movimientos. La esquizoidia y el silencio se convierten en la forma de protegerse de las angustias del desencuentro, del sentimiento de que no es posible sentar una base común para el diálogo y el entendimiento.*”

### **Interrogando el Concepto de Intimidad**

*“¿Es indispensable para que exista el sentimiento de intimidad que se tengan iguales, similares o equivalentes estados afectivos, cogniciones, actividades o encuentros entre los cuerpos?”*

Según el autor antes mencionado para algunas personas sí, pero para otras, en cambio, bastará que cada uno de los participantes capte qué es lo que pasa en la mente –emocional y/o

cognitivamente- del otro, lo valide y sienta que esa diferencia no separa. Ello podría conducir a considerar a la primera posibilidad como más “inmadura”, “infantil”, “egocéntrica”, “narcisista”, términos con que generalmente se valoran dichas diferencias. Sin embargo, dado que la segunda forma es mucho más infrecuente, casi un ideal algunas veces alcanzado e incluso no de manera estable, parece preferible ubicar a ambas formas como modalidades habituales del encuentro.

En función a lo anterior, y desde la Salud, resulta necesario, que cada uno sepa cuál modalidad regula su encuentro con el otro y cuál regula en el otro el sentimiento de intimidad. *Ese saber sobre uno y el otro es ya una forma de encuentro.* Incluso, el saber que uno de los integrantes de la pareja busca la intimidad y el otro la rehúye, ambos por las legítimas razones que puedan tener. *“En algunos casos el único encuentro posible consiste en compartir el conocimiento de las profundas diferencias que separan”.*

***“¿Qué relación guarda el concepto de “espacio de intimidad” con el de “espacio transicional o espacio potencial” definido por Winnicott en 1971”?***

Bajo la expresión “*espacio transicional*” se ha intentado describir a un tipo de experiencia ilusoria en que la diferencia entre interno/externo, subjetivo/objetivo, mí/no mí pasa a ser irrelevante, permitiendo ello que el sujeto no sea abrumado por una realidad con la cual tendrá que lidiar toda su vida y que siempre resulta traumatizante. Espacio de creatividad en el que es la actitud del otro -la madre, el analista, etc.- quien permite que esa ilusión se mantenga, aceptando esa realidad ilusoria del que así la vive, introduciendo gradualmente, a pequeñas dosis, la realidad.

En cambio, el sentimiento de intimidad surge en relación a un otro al que se reconoce como separado del sujeto -existiendo en la realidad- en el momento que manteniéndose ese sentimiento de diferencia, se vive como que se comparte algo importante de la mente del otro, sean sus sentimientos, sus ideas, sus intereses y se le hacen vivir los propios. Es el sentimiento de unión en el seno de una diferencia percibida, unión que produce tanto más placer porque no anula la diferencia. Uno existe para la mente del otro y el otro en la de uno, y se siente que ambas mentes tienen algo importante en común. Es la tensión entre separación y unión la que posibilita el placer de la intimidad.

Reconocer al otro como diferente, puede estar en el origen de angustias por la intimidad al no existir el sentimiento de control en el fantasear que tiene lugar en el espacio transicional winnicottiano.

La intimidad se desea y se sale en búsqueda de que el otro la desee y *exige una “teoría de la mente”*, en el sentido que se le da actualmente: la atribución al otro de estados mentales (Fonagy, 1996).

### ***¿Por qué se busca la intimidad?***

Dado que la intimidad constituye una condición con especificidad propia, resulta pertinente preguntarse *qué es lo que sucede en el momento en que sentimos que compartimos con otro un estado de ánimo*. Bleichmar sugiere que de esta manera se convalida nuestro estado mental y *“uno es confirmado en el sentimiento de que existe, en la validez de nuestras percepciones y pensamientos, en la medida que para otro aquello que somos, sentimos, pensamos, sí existe.”*

Destaca que *“el sentimiento de ser sujetos lleva la marca de nuestra constitución a partir del otro”*; y recuerda el imperioso, casi dictatorial, deseo del niño de que el adulto mire lo que él está mirando porque *“el significado de una experiencia, especialmente su valencia emocional, no puede ser asignado desde adentro sino a partir de los referentes que el otro provee.”* Recuerda que incluso algo que es una disponibilidad biológica, el sonreír, es leído en por el bebé en el rostro del adulto que sonríe al mismo momento; así como el placer por un alimento determinado es creado por el placer en el encuentro con otro significativo; o el placer funcional de los primeros dominios motores que encuentra la respuesta jubilosa del otro.

*“Como adultos, continuamos requiriendo para nuestra confirmación como sujetos, para la validación de sentimientos, pensamientos y acciones, de que un otro los revalide.”*

Cabe destacar que para algunas personas que no han tenido experiencias satisfactorias en este sentido, no corresponde simplemente un “re” validar sino que es condición para su propia constitución, y que pase a existir. De modo que jamás dejamos de requerir que un otro *real o imaginario dé testimonio de nuestra existencia* y de la valencia emocional de la experiencia. Advierte que el placer de dicha revalidación que se encuentra en la intimidad, no se reduce al “yo valgo” · Se trata, en cambio, de algo mucho más general y abarcativo en que el otro entra como *fundante del placer de sentirse reconocido como sujeto para ser, pensar, sentir y actuar*.

En síntesis, se puede afirmar que una vez que se descubre que el estado emocional del otro, sus intereses y deseos, pueden ser muy diferentes a los propios, el deseo de reencuentro mental se convertirá en motor del psiquismo. El placer de la intimidad no es indiferenciación ni borramiento de los límites self-no self, sino *afirmación del ser* en un encuentro con otro en el que cada uno se confirma como sujeto, asignándose de este modo significado a los momentos particulares del existir.

### ***¿Cómo se juega la intimidad en la pareja analítica?***

La dimensión de intimidad no puede ser ajena a ningún vínculo significativo, razón por la que es prioritario preguntarse que sucede con la intimidad en la relación terapéutica. Bleichmar formula la siguiente pregunta “*¿Cuáles serán las consecuencias cuando ambos miembros de la pareja analítica la buscan, cuando los dos la rechazan, cuando uno busca y el otro rechaza? ... ¿Cómo contribuye la orientación teórico-técnica del analista, además de su caracterología, para reforzar la búsqueda o huida de la intimidad?.*”

A continuación, pone en evidencia que el nivel de la interacción que no depende del contenido temático de lo que se dice, sino del “*como*” se lo dice, ha sido descuidado en psicoanálisis a punto tal en no pocas ocasiones, para reflejar la participación del analista, se la transmite bajo la forma “*le dije que...*”, faltando la reflexión sobre la serie denominada “*paralingüística*” que aportaría el “*le dije con un tono de ... (alarma, dureza, gravedad, distancia afectiva, sobreinvolucración emocional, etc.) y con un ritmo... (precipitado, tumultuoso, lento, etc.)*”.

Privilegiando la necesidad de generar un cambio terapéutico y conociendo el “*efecto transformacional*” que se vehiculiza en una actitud personalizada, afirma que “*en cada encuentro con el otro, el sujeto se halla expuesto no únicamente a las contradicciones entre sus sistemas motivacionales -contradicciones intrapsíquicas- sino a las que resultan del interjuego con las del otro.*”

Estas reflexiones dejan de manifiesto la necesidad de considerar ampliamente los diferentes aspectos que conforman la intimidad y el “uso “que se hace de los mismos en el espacio terapéutico.

### **Reflexiones sobre la intimidad y las categorías diagnósticas en Salud Mental**

Considero que el tipo de interacción arriba descripto, es el que ha sido más descuidado en algunas corrientes del Psicoanálisis, pero sobre todo en las perspectivas provenientes de la Psiquiatría. Tal es así que en las Categorías Diagnósticas DSM no se incluye al otro como parte constituyente del sujeto, ni siquiera en aquellas categorías que se ocupan de la niñez, la infancia y la adolescencia; tampoco se tiende a considerar de manera sistemática ni rigurosa la interacción con el psiquiatra ni con el psicoterapeuta. Puede verse su máxima expresión en el muy difundido uso de escalas y test de autoevaluación, que desestiman explícitamente la valoración de otro con el cual se interactúa.

### ***Relación entre las Modalidades de Intimidad descritas por Hugo Bleichmar y los diferentes dominios del Si Mismo propuestos por Daniel Stern***

Los conceptos precedentes, pueden correlacionarse con los distintos dominios de relacionamientos descritos por Daniel Stern(1991) <sup>29</sup>, los cuales en condiciones de Salud, siguen vigentes durante toda la vida: en efecto, si el sujeto puede mantener activos y disponibles todos estos dominios, no de manera indiscriminada ni caótica, sino fluida y plástica, alternando su funcionamiento acorde a los distintos estados mentales y contextuales, ello podría ser considerado como un indicador positivo de Salud.

Los desarrollos de Bleichmar especifican, en particular, ciertos desvíos que pueden llevar a situaciones patológicas, pero también dejan leer los matices que por los que se puede adquirir el sentimiento de intimidad en el desarrollo.

De acuerdo a lo anterior, es posible hipotetizar, que a una mayor complejidad- dada por la variedad, alternancia y plasticidad entre las diferentes modalidades de acceder al sentimiento de intimidad - mayor será la sensación de bienestar y completud, afianzada en la confianza en el sí mismo y en los otros para generar y sostener vínculos interpersonales.

### **UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA. TRANSFORMACIONES ACTUALES EN LAS VIVENCIAS DE INTIMIDAD**

#### ***Metamorfosis en las Vivencias de Intimidad - La Intimidad Como Espectáculo***

En un libro titulado "*La intimidad como espectáculo*", la antropóloga Paula Sibilia (2008) reflexiona sobre la mutación que se está produciendo en la vivencia de intimidad. Piensa que hay una crisis en la actualidad, ya que lo que antes pertenecía solo al ámbito privado ahora pasa a exhibirse, de modo que lo íntimo ya no se opone a lo público.

Explica que en el siglo XVIII se privilegió el espacio del Hombre Público estableciendo una diferencia marcada con la privacidad, la que quedó dentro del ámbito de la Familia y de la Mujer. En el siglo XIX el espacio público empezó a ser considerado engañoso e hipócrita y el espacio de la intimidad pasó a ser el de la autenticidad, la verdad y moralmente superior. Sin embargo, a partir de la década del 60 algo empezó a cambiar de forma compleja, de modo que las fronteras entre lo privado y lo público se ven cada vez más desdibujadas.

Estos cambios, evidentes en todos los escenarios, afectan en particular a la familia. Así, puede verse como la misma está dejando de ser el ámbito privilegiado de lo femenino, institución disciplinaria definida por el pudor, lo oculto, lo secreto- y espacio cerrado formado de una vez y para siempre. En la actualidad la familia se abrió al cambio, no es invariable o

---

<sup>29</sup> Véase Daniel Stern en Introducción, Bases Conceptuales.

perpetua y tiende a convertirse en un ámbito que se muestra, se hace público, por ejemplo cuando una *webcam* expone en Internet todo lo que se hace dentro de una casa. En algunas esferas, parece que mostrar la intimidad es lo más valioso, aunque se trate de cosas banales: cómo uno se lava los dientes, cómo es la decoración de la casa, como es el estilo de cada uno.

Sibilia plantea el interrogante sobre **que modificaciones se producirán en el Yo** ante esta tendencia creciente a la exhibición de lo íntimo<sup>30</sup>.

En busca de posibles respuestas analiza el veloz distanciamiento que se produjo en los últimos años respecto de las formas típicamente modernas de "*ser y estar en el mundo*", y de aquellos instrumentos que solían usarse para la construcción de sí mismo, hoy casi totalmente eclipsados. Recuerda que existía, en un pasado no tan lejano, una interioridad tan rica como densa, misteriosa y oculta, pero, a la vez, sumamente fértil y estable, que se cultivaba en el silencio y en la más absoluta soledad de lo privado.

Reflexiona sobre ciertas prácticas que tendían a la elaboración de experiencias, facilitando la constitución del "Yo" mediante ejercicios de introspección, como diario íntimo, cartas, lecturas, escritura, y que tenían lugar dentro de cada uno, daban una riqueza enorme pero implicaban también una atadura, difícil de sacar. Ahora, al hacer visible los contenidos, **el centro de lo que somos deja de estar ahí adentro para mostrarse** y esto facilita que la **estabilidad del yo se pierda, con lo bueno y lo malo que ello implica**. El diario íntimo, tenía que guardarse bajo llave, pero en estas nuevas modalidades se trata de un diálogo hacia afuera, dirigido a otros, no a uno mismo. Sibila sugiere que lo que hacen los comentarios, aunque sean muchas veces banales, es confirmar la visibilidad y por ende la existencia del autor y por lo tanto ornamentar su yo. Relacionado con ello y con máximo interés se advierte que entre ese autor que recibe los comentarios y comenta al comentador hay un régimen de correspondencias y reciprocidades lo que hace que **no haya una separación tan radical entre autores y lectores**.

Por otra parte, hace notar el incremento, cada vez más, del **valor de la imagen** –en especial, corporal–, el culto a las apariencias y la valorización de todo aquello que los demás pueden visualizar al punto de que si algo o alguien no se ve (o no sabe mostrarse) no hay garantías de que exista.

Sibila considera que "*si la soledad y el silencio eran "funcionales" al sistema, porque eran necesarios para practicar la introspección y la autoreflexión –que eran la base de la construcción del "yo" moderno–, ahora se tornaron intolerables. No es aleatorio que "todos"*

---

<sup>30</sup> "En los albores del siglo XXI, nos sorprende la popularidad de un conjunto creciente de canales mediáticos que permiten exhibir la propia intimidad y consumir ávidamente la 'vida privada' ajena."

*debamos estar "siempre" conectados, disponibles y reportándonos, generando y consumiendo información."*

Se sugiere que el Yo queda configurado con esta suerte de *"extimidad"*, y que *"quizás... uno de los cambios más revolucionarios de este sentido sea este alejamiento del uno monádico para incluir un uno con límites menos precisos, mas confundidos, más permeables, más intercambiables con los otros."*

#### **Transición – Consecuencias Imprevisibles - Sentidos Variados y Contradictorios**

Se sugiere que estamos en un momento de transición y que como todos los movimientos históricos, este es muy complejo, involucra factores de todo tipo y tiene sentidos muy variados e incluso contradictorios entre sí, de modo que sus ramificaciones y reverberaciones son impredecibles y por lo tanto difícilmente se los puede colocar bajo un esquema simplificador que catalogue sus rasgos como "positivos" y "negativos".

Sin embargo, la autora arriesga ciertas conjeturas, considerando que algunos cambios son fruto de **importantes conquistas**, como por *ejemplo la reivindicación del cuerpo y de las apariencias –en vez de una defensa trascendental de las "esencias interiorizadas"–* así como la *"posibilidad de autoconstruirse y cambiar constantemente, rompiendo tanto con las tradiciones más anticuadas como con la condena a ser fiel a uno mismo y otros valores característicos de la moral burguesa."*

Por otro lado *"los problemas surgen cuando no sabemos qué hacer con esa enorme libertad"* y además *"el riesgo es que se generen subjetividades demasiado frágiles, "modos de ser" que resulten vulnerables ante el soplo de cualquier ventarrón, susceptibles de desintegrarse ante el menor obstáculo. La respuesta ante esa vulnerabilidad de las subjetividades contemporáneas, que se construyen proyectándose en la visibilidad de las pieles y las pantallas, suele venir de la mano del mercado, una entidad omnipresente que pasó a ocupar ámbitos y espacios otrora insospechables. Por eso, ahora podemos comprar "modos de ser" listos para usar y que se pueden y se deberían descartar cuando pasan de moda."*

**En síntesis**, la autora considera que se luchó mucho por no tener que estar condenado a una identidad impuesta, para poder auto crearse y se logro un importante desajuste de valores tradicionales, promoviendo la reivindicación de la espontaneidad, la creatividad, la informalidad, la juventud, la posibilidad de cambiar. Sin embargo, estas conquistas **"engendró monstruos"**, pues *"tratando de alejarse de ritmos mecánicos, lo que se requiere actualmente es gente creativa, dispuesta a cambiar, espontánea, ávida, ansiosa y con muchos deseos no reprimidos. Puede verse como estos atributos, más que derechos, pasaron a ser exigencias de sociabilidad y de... mercado."*

### Pensando la Patología desde la Salud

Se hará referencia a los siguientes materiales clínicos, que se organizarán de la siguiente manera

- i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica
- ii. Diagnóstico según DSM IV (Códigos y principales características)
- iii. Diagnóstico según el Psicoanálisis Clásico (Sigmund Freud)
- iv. Capacidades Emergentes

#### MATERIAL CLÍNICO Y SU CORRELACIÓN TEÓRICA

MARINA 16 años *“Siempre pensé que ser sensible es igual a ser débil....”*

MAXI 10 años *“Evitando el abismo”*

EMILIO 12 años *“Crónica de una muerte anunciada”*

PAULA 36 años *“Nunca supe ser yo. Preferí amoldarme”*

TAMARA 57 años *“En búsqueda de una locura saludable”*

CANDELA 26 años *“Joven, Vieja o Bipolar”*

SANDRA 53 años *“Siempre estuve tan llena de muerte...Solo pensaba en sobrevivir.”*

MAGUI 2 años *Lo recursivo: Entre lo inter y lo intrasubjetivo.*



MARINA

***“Siempre pensé que ser sensible es igual a ser débil...”***

*Una historia que permite pensar cómo en el diagnóstico preliminar entran elementos inefables, que suelen ser meramente intuitivos - contra-transferenciales-, difíciles de definir pero no por ello menos eficaces.*

#### **i. Breve descripción de la paciente y de su situación clínica**

Paciente de 16 años cuyos padres consultaron por haber detectado síntomas bulímicos. La madre destacaba que la joven tenía un gran desorden en toda su vida: su cuarto, su ropa, su escuela y una manera muy malhumorada, despectiva y hasta arrogante de contestar. Los primeros contactos diagnósticos con Marina me produjeron la misma impresión. Respuestas cortantes, dos o tres palabras, caras y gestos despectivos ante alguna sugerencia. Sin embargo, algo especial empezó a colarse entre estos “malos modos”. Una sonrisa ante una intervención que sonaba a broma, una mirada expectante ante mis dichos, un saludo afectuoso al irse, pequeños gestos me permitieron captar que había una dificultad particular en poder **hablar** de sus sentimientos, de sus experiencias, de qué le pasaba, más que una actitud resistencial o primariamente despectiva hacia mi persona o el mundo en general. Su modo de hablar era muy apresurado, no modulaba bien las palabras, era como si no se sintiera cómoda con esta forma de expresión. Un pez fuera del agua. Desde el principio le ofrecí material gráfico sugiriéndole la posibilidad de dibujar. Marina lo aceptó, al principio de una manera un tanto vacilante y desconfiada, pero cada vez más suelta. Esa modalidad ayudó a sostener la relación terapéutica durante muchos meses, en los que la comunicación verbal fue muy acotada. Las sesiones se producían en un silencio compartido, sin presiones al diálogo. Cada tanto surgía algún tema, el cual se intercalaba entre los dibujos, hasta que pudo empezar a emerger algo propio, algo que la representaba. (Ilustración 1 a 17)

#### **ii. Diagnóstico según DSM IV**

##### **EJE I**

Trastornos de la conducta alimentaria F50.2 Bulimia nerviosa (307.51)

- A. Presencia de atracones recurrentes. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**EJE II** No presenta

**EJE III** No presenta

**EJE IV** Problemas relativos al grupo primario de apoyo

**EJE V** 55 Dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar

### **iii. Diagnóstico según Psicoanálisis**

Neurosis de transferencia: Histeria.

Expresiones disociativas y conversivas.

### **iv. Capacidades Emergentes**

Un talento particular, sobre el que no se había hecho mención, fue dando pie a un modo de comunicación altamente significativo, en el que nos sorprendimos juntas de un mundo interior sumamente rico pero desconocido para todos, en primer lugar para la paciente: pinturas de caras y sus infinitos matices en los ojos y las miradas, las bocas siempre importantes y sensuales, el pelo a veces largo, otras más corto, a veces al viento y otras recogido. Empezó a tornarse visible el lenguaje del cuerpo en lo que ella llamaba “*mujeres irreales*” pero infinitamente expresivas en sus diferentes posturas, arrogantes algunas, etéreas y desvalidas otras. Dibujos que dieron soporte a algo que era suyo, un espejo en el que se pudo reconocer muy de a poquito: enojos, envidia, desesperanza, pobreza, desamparo, belleza, cuerpos que reflejaban estados mentales e ideales diversos y contradictorios.

*“Esto lo hago porque si, no tiene nada que ver conmigo ni con lo que me pasa”* fueron las primeras asociaciones a sus dibujos. Dibujos que me cuidé muy bien de no interpretar ya que me parecía que por el momento era más que suficiente que emergieran como una posibilidad de ligar aspectos de su vivenciar que no podía comunicar ni conocer de otra forma. Solo le sugerí que si tenían que ver con ella, aunque por el momento no “*supiéramos*” como **esos** dibujos solo **ella** podría haberlos hecho, ninguna otra persona podía dibujar lo mismo, e incluso ella, en diferentes momentos haría cosas distintas según como se sintiera. Esta conversación, tan obvia, tan básica, siento que fue inaugural de un reconocimiento de si misma que no pasara por la patología, o por la crítica, por “lo desordenado” como negativo, y menos por el síntoma o el diagnóstico de un trastorno. En esos momentos me miró muy fijo y preguntó “*¿pero;... también significan algo si lo hago sola, cuando estoy en mi casa o en el cole?*” Ahora que lo escribo, me conmueve pensarlo nuevamente. Era necesario que alguien la estuviera mirando, sin interferir, alguien que estuviera con ella dejándola sola para que pudieran emerger estas capacidades.

**Particularmente talentosa**, esta joven pudo **comenzar a ser** en el ámbito de un encuentro, permitiendo que dejara por algunos momentos de reaccionar ante un entorno, por lo general intrusivo y descalificante. Las palabras recién están comenzando a emerger, mucho después de las primeras entrevistas. Pienso en las fases del Sí Mismo de Stern, en donde el **estar con otro**, a solas y compartiendo experiencias, permite configurar la noción del si mismo nuclear e intersubjetivo; la comunicación es previa a la emergencia del lenguaje verbal.

Interesa la secuencia de los dibujos de esta paciente, en los que luego de la etapa de figuras etéreas, lánguidas y anoréxicas, empiezan a surgir rostros de mujeres de distintas etnias, diferentes cada una de la otra y en la que Marina se empieza a preguntar, pensando casi en vos alta, si dichas figuras parecen *“reales”* y al mismo tiempo expresa su preocupación acerca de las *“imperfecciones”* que les encuentra. Percibo que se está abriendo otra etapa en su funcionamiento psíquico. Empiezan a vislumbrarse ciertas contradicciones internas, ella empieza a aceptar que la perfección y lo real se pelean adentro suyo y no solo entre ella y la madre. Me dice que se ve a si misma como si fuera una arcilla que está adquiriendo alguna forma pero todavía no sabe cuál, sólo sabe que aún no se ha solidificado. Creo que, en ese momento, estaba frente a un indicador de Salud.

La paciente organizó un pequeño espectáculo en el que cantó acompañada de una banda en un bar. Invitó a sus padres a que la vayan a ver. Les pidió que se sienten adelante. Los padres me comentan en una entrevista posterior que se sorprendieron de ver que *“a su estilo”* – la madre recuerda positivamente mis palabras acerca de que M nunca iba a entrar en un molde y por esta vez *“su estilo”* no tenía un tinte tan despectivo ni desvalorizante, logró organizarlo todo y que estuvo estupenda, sin grandilocuencia, con mucha frescura y naturalidad. Por primera vez sintieron que la admiraban a ella y no la hermana, que *“hace todo bien siempre”*.

Es importante agregar que en una entrevista con la madre previa a dicha actuación, me contó que le inquietaba el deseo de su hija de cantar en un bar, temía que la joven se “descontrole” y que no pueda manejar la expectativa y la exposición que el mismo implicaba y por eso ella estaba haciendo gestiones, sin que Marina lo supiera, para que la actuación no se concrete. La explicitación de estos temores, permitieron emerger parte de la historia familiar que no había sido “narrada” en las entrevistas previas, en la cual una abuela, diagnosticada como bipolar, generó un sufrimiento muy importante en ellos. Esta mujer, según ella, era “igual a” M. Además lleva su nombre.

Un aspecto muy difícil, pero imprescindible de calibrar y de hacer jugar, de **“ayudar a que entre en juego”**, es la participación de los padres, en particular el de la madre. Es la que estaba más atenta al síntoma, y eso no dejó de ser una ayuda, ya que tanto M como yo tendíamos a olvidarnos del mismo durante un tiempo.

Parte importante del trabajo terapéutico se centró en ayudarla a “sintonizar” y a buscar un estilo de ayuda que no fuera confrontativo y desvalorizante, sino por lo contrario que tendiera a “**entonar**”<sup>31</sup> con sus estados mentales y sus necesidades afectivas.

Avanzado el tratamiento M empezó a sentirse angustiada por los síntomas bulímicos y expresó, reiteradamente, su deseo de superarlos. “*Ya paso demasiado tiempo, me pone de mal humor, estoy cansada de esconderme para comer, estar pendiente de la comida me quita energía para hacer otras cosas*” “*me come momentos*” “*lo que yo como, me come a mi*”.

No le resultaba fácil, a veces lograba no vomitar un día, pero no podía sostenerlo mucho tiempo, se frustraba intensamente y le costaba volver a intentarlo.

Sin embargo, y mientras tanto, el síntoma se abrió a múltiples significados y dejó ver que la belleza, la feminidad, la sexualidad tejen una trama en la que ella, más que sostenida, se sentía atrapada: “*Mis amigas son unas putas, **se comieron** dos tipos en una noche*” “*Mis hermanos me aconsejan que me haga la dura, me dicen, «yo cuando le compro bombones a una chica solo pienso en cogérmela»*”

En una de las últimas entrevistas, volvió a dibujar después de dos o tres meses en que no lo hacía. “*Es como surrealista. Podría ser un chico, o una chica. Tiene inscripciones, palabras, significan algo.... Me interesan todos esos temas,....*” Cuando le comento algo en relación a que está descubriendo distintos temas que le interesan y la conmueven dice: “*pero yo no soy sensible, - me mira- o sí? Bueno, sí, pero no quiero. Yo siempre pensé que sensible era igual a débil.... Si igual yo no puedo hacer nada.*

Pienso que la presunción de encontrarme con una persona altamente sensible, con múltiples capacidades latentes, formó parte de “mi” diagnóstico –privativo- interno – intuitivo- presuntivo- casi desde el principio. Creo que es lo que permitió que la pudiera acompañar en su desarrollo. Tal vez yo sentí que inicialmente **no podía hacer nada con el síntoma, pero si con ella**. No puedo precisar muy bien porque. Nunca me creí del todo su mal humor ni su fastidio, si bien muchas veces presentó esta modalidad en sesión y me dejaba literalmente afuera. A pesar de que percibo avances significativos, siento que su situación es altamente vulnerable todavía.

---

<sup>31</sup> Concepto de Entonamiento desarrollado en Bases Teóricas y Conceptuales Stern D

### **Antecedentes relacionales de importancia**

M fue la primera hija mujer luego de dos hermanos varones. Fue recibida por sus padres y por la familia ampliada con grandes muestras de afecto y disponibilidad para atenderla y estimularla. Relatan que los tres primeros años de vida fueron brillantes, ya que era una niña muy despierta y creativa, alegre, que gustaba de mostrarse en sus distintas habilidades, convirtiéndose en el centro de atención de los adultos. Sin embargo, cuando tuvo tres años ocurrieron algunos hechos significativos que viraron dicho clima cargado de afectos positivos y de vitalidad; en primer lugar nació una hermana que a los pocos meses tuvo una severa enfermedad que requirió internación y atenciones especiales de la madre por tiempo prolongado. Cuando esta niña mejoró, nacieron otros niños llegando a ser siete hermanos, con poca diferencia de edad entre cada uno.

Además, también entre los tres y los cuatro años, se generó el desenlace de una situación familiar de larga data, relacionado con la abuela antes mencionada y de quien la niña lleva su nombre. Persona muy activa, dinámica y con gran influencia en los padres de M, comenzó a presentar indicios de un severo alcoholismo con descontrol en diversas áreas, siendo diagnosticada como Maníaco Depresiva, muriendo poco tiempo después por una causa que ligada al consumo. En los meses siguientes, el padre presentó una severa depresión y se desvinculó afectivamente de su familia. Además, la vitalidad y las cualidades expresivas de la niña, que hasta ese momento eran festejadas y signadas positivamente, comenzaron a ser vistas como peligrosas, ominosas advertencias de una probable enfermedad mental como la que padeció su abuela y que por ello había que erradicar de raíz. Tanto la estimulación como las miradas puestas en ella fueron suprimidas enérgicamente, a pesar de la desesperación de la pequeña, que insistía en ser vista.

### **Síntesis del Estudio de Capacidades Emergentes**

#### ***- Primeros intercambios y ligaduras no verbales***

Joven cuya dificultad inicial se ubicaba, fundamentalmente, en la incapacidad de contactar con sus propios estados mentales, de modo que se tornaran tolerables y pudieran ser reconocidos, pensados, dominados. Puede ser pensado como trastornos en la “mentalización” según Fonagy <sup>32</sup>.

---

32 Fonagy P. Concepto de Mentalización desarrollado en apartado de Regulación Afectiva.

En el espacio terapéutico, ello se evidenciaba, en primer lugar, en la imposibilidad de nombrar aquello con lo que no tenía contacto, su propia vida interior; por ese motivo la comunicación “para – verbal”, en este caso la regulación de los silencios, expresiones corporales, disponibilidad en sentido amplio, permitió la emergencia de dibujos en los que la paciente pudo comenzar a reflejar, a desplegar, aspectos de su subjetividad desconocidos hasta el momento.

***- Capacidad para estar a solas en presencia de otro***

Pudo verse que dicha dificultad pudo ser – parcialmente – desarrollada al generarse un ambiente en el que la joven pudo “estar sola”, en compañía de la terapeuta. Obviamente ninguna de las dos sabía que podía emerger de dichos encuentros...

Considero que fue de fundamental importancia respetar el deseo – necesidad- de la joven de “no ser encontrada”, antes de que ella estuviera lista o dispuesta para ello. No ser encontrada, en este contexto se refiere a lo desarrollado por Winnicott y por Rodulfo<sup>33</sup> en el sentido de preservar una parte del self aislada, no comunicada, necesidad humana que tal vez se perciba con más intensidad en la adolescencia.

***- Intersubjetividad: su contribución al síntoma***

También pudo vislumbrarse como diversos aspectos de índole familiar influían activamente en la modalidad con la que la paciente dis-regulaba sus estados y en el significado – posiblemente inconsciente- que les atribuía a los mismos.

Dichos elementos de la dinámica familiar se visualizaban en dos vertientes. Por un lado la historia de relacionamiento afectivo de la joven, que había pasado por etapas de intensa cercanía y estimulación y/o excitación por parte de sus padres, a otras en las que se la dejaba sola, vacía, o vaciándola de dichos suministros afectivos, funcionamiento que posiblemente se repetía compulsivamente en sus atracones y vómitos, síntomas bulímicos<sup>34</sup>.

Por el otro la fuerte carga identificatoria con una abuela idealizada de manera ambivalente por ambos padres, quienes hicieron depositaria a M de una identidad impostada muy difícil de rehusar, de modo que la vitalidad y la exposición pasaron de tener una valencia altamente positiva a ser rechazadas enfáticamente como portadora de todos los peligros.

---

33 Ricardo Rodulfo en Bases Teóricas y Conceptuales.

34 Repetición en el sentido dado por Freud, S. en Recuerdo, repetición y elaboración, 1914



Ilustración 1: Marina y su hermana con bikini



Ilustración 2: Marina y su hermana vestidas



Ilustración 3: Mujeres irreales

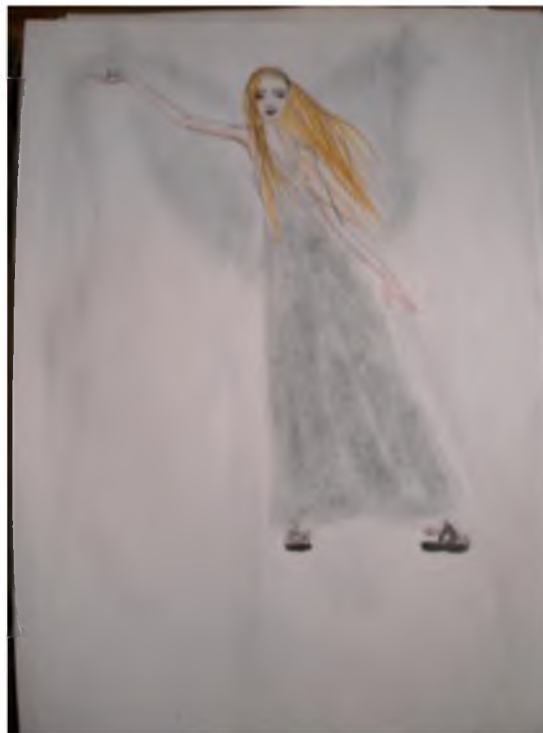


Ilustración 4: Etéreo





Ilustración 5: Resistir



Ilustración 6: Fastidio, desesperanza, tristeza



Ilustración 7: "Me encanta"



Ilustración 8: Ideal



Ilustración 9: Alejarse



Ilustración 10: Ambivalencia

**Diferentes Etnias. Diferentes formas de “ser” mujer**

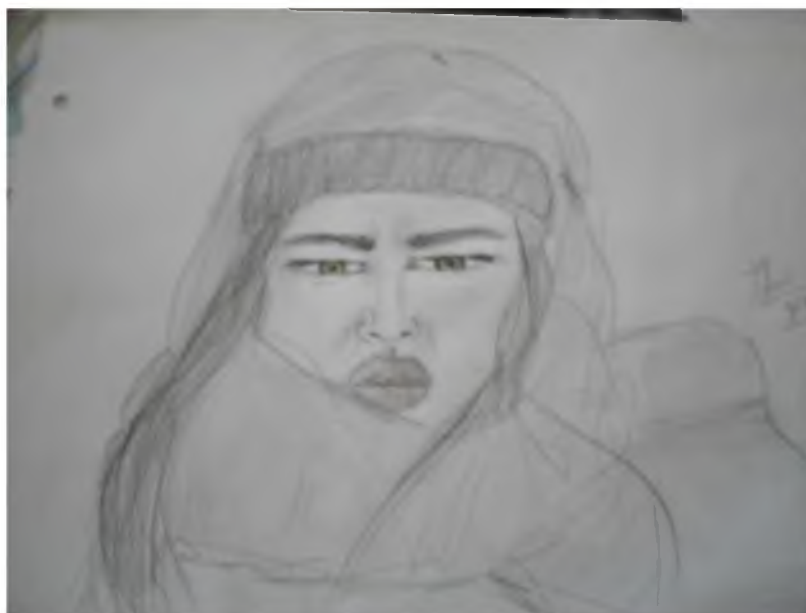


Ilustración 11: Rusa

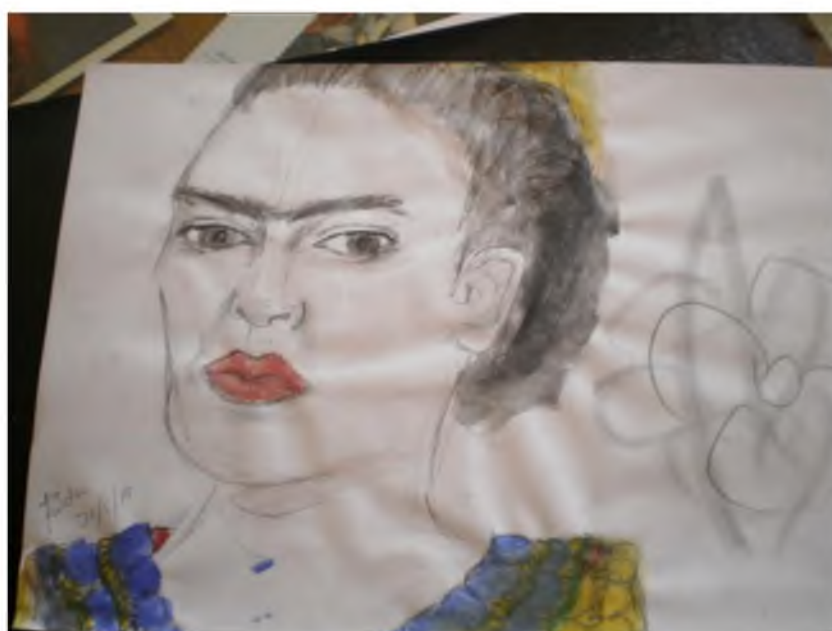


Ilustración 12: Frida



Ilustración 13: India



Ilustración 14: Noruega



Ilustración 15: Bahiana



Ilustración 16: Profundidad, mundos superpuestos



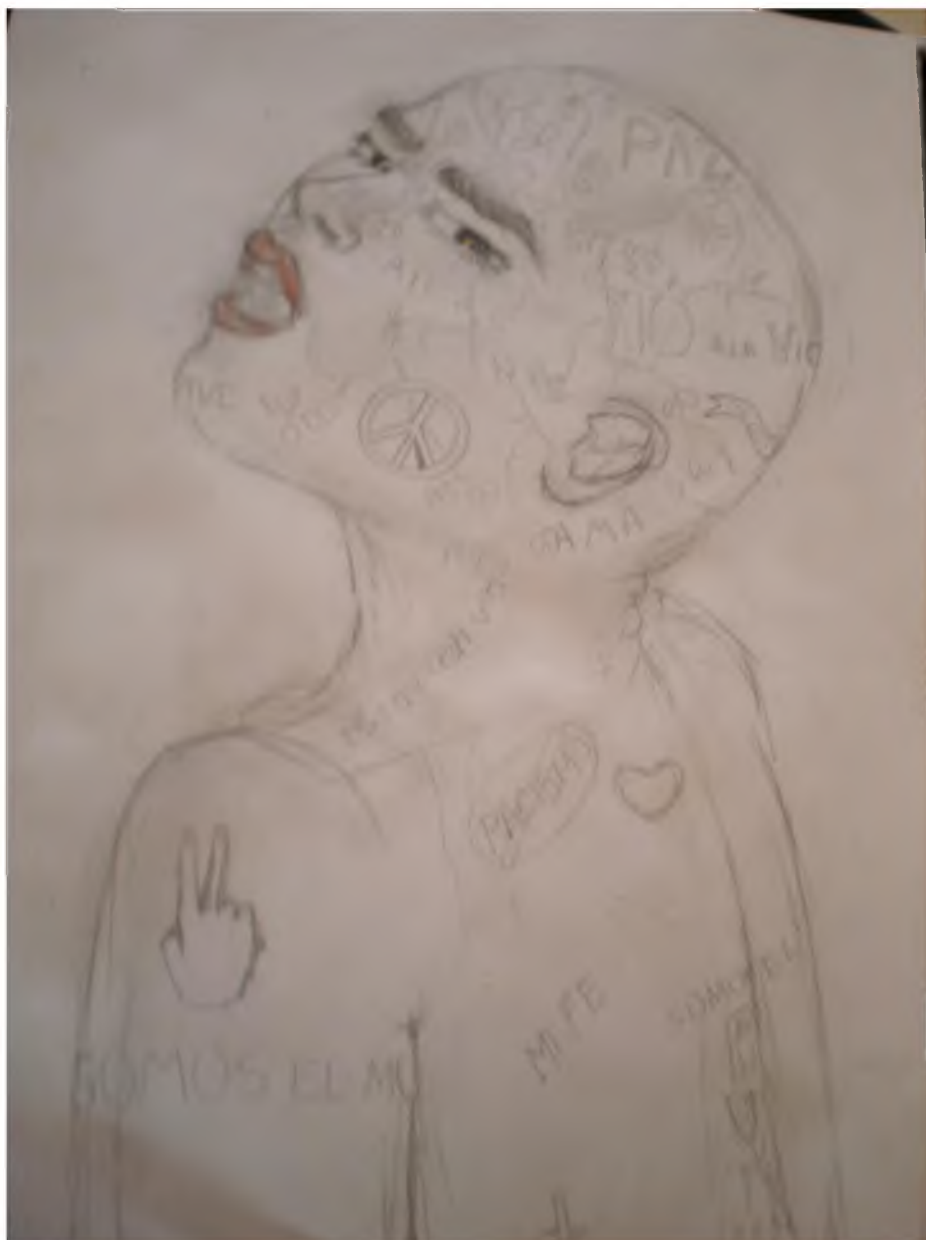


Ilustración 17: Ser chico o chica. Inscripciones, palabras, significados...

## MAXI

### *“Evitando el abismo”*

#### **i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica**

##### ***Primer Proceso- espiral- diagnóstico.***

Entrevistas en las que se va desplegando un diagnóstico que va mutando a medida que los **encuentros** avanzan.

##### ***Quién y por qué motivo consulta***

Consulta la madre de un niño de 10 años que desde hacía cierto tiempo presentaba conductas agresivas, muy irritable e impulsivo ante cualquier requerimiento. *“Cuando se enoja pega patadas, golpea, rompió una puerta”*. Percibí a la mamá angustiada pero sobre todo, asustada. Me transmitió la sensación de que pensaba en su hijo como un potencial delincuente, que en cualquier momento podría cometer un acto delictivo irreparable; por ejemplo agredirla gravemente. Además me dio a entender que dudaba sobre sus posibilidades de seguir haciéndose cargo de su crianza, sobre todo cuando el niño entrara plenamente en la adolescencia.

Me informó que Maxi tenía dificultades orgánicas por las que lo estaba siendo estudiado en el Servicio de Endocrinología. *“Obesidad y pre diabetes. Y algo más\_ que aún no está diagnosticado, tal vez fueran necesarios estudios genéticos”*

##### ***Antecedentes***

La familia estuvo conformada por un matrimonio que tuvo dos hijos y que adoptó a este niño luego de que el más pequeño de los hijos biológicos muriera a los 2 años de edad a causa de un accidente doméstico. Luego de esta pérdida, la pareja entró en una situación de desmembramiento progresivo, el padre se tornó alcohólico y la madre cayó en una depresión profunda. Como alternativa para salir de esta intensa crisis decidieron adoptar a este niño; sin embargo, la fractura de pareja se hizo cada vez más notoria y terminaron separándose poco después. Al momento de la consulta Maxi convivía con su madre y hermana mayor y tenía un trato muy episódico y poco afectuoso con el padre, el cual seguía siendo alcohólico y había vuelto a vivir con su madre.

#### **ii. Diagnóstico según DSM IV**

**EJE I** Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

F91.8 Trastorno disocial (312.8)



Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por:

Agresión a personas y animales

Destrucción de la propiedad

Fraudulencia o robo

Violaciones graves de normas

Puede o no sumarse el siguiente diagnóstico a criterio del clínico

## **EJE I** Trastornos del Estado de Ánimo. Trastorno Depresivo

### **F34.1** Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

## **EJE II** No presenta

## **EJE III** Enfermedades endocrinas y nutricionales (E00-E90)

## **EJE VI** Problemas relativos al grupo primario de apoyo

**EJE V 52** Dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela.

Cabe señalar que el Diagnóstico de Trastorno Distímico (Eje I)- es más difícil de detectar en una entrevista psiquiátrica convencional: la conciencia manifiesta del niño sobre su malestar era mínima y las inferencias se pudieron obtener solo a través de un encuentro que permitiera su emergencia, su dibujo, no sólo en el papel sino fundamentalmente sus esbozos mentales. Esto último ya configura un indicador diagnóstico clave, tanto del paciente, como de la posibilidad del terapeuta de encontrarse con esa persona en particular.

De igual manera, la plasticidad materna para reformular su mirada sobre el niño- y sobre sí misma- fue parte del proceso diagnóstico.

Nada de esto podría considerarse en términos DSM IV. Aún realizando el diagnóstico en los cinco ejes, es decir “Multi Axial”, los mismos no se influyen ni se afectan mutuamente, sólo quedarían asentado Problemas Psicosociales(Eje IV) en un niño con Trastorno Disocial (Eje I) y con algunos Problemas Médicos (Eje III) no resueltos.

### **iii. Diagnóstico según el Psicoanálisis Clásico**

Se encuadra en una crisis pre puberal -en la metamorfosis de la pubertad- en la cual cierto aspecto cargoso y “toquetón”, un tanto erotizado con la hermana mayor, puede estar hablando de aspectos incestuosos. **Fijación a modalidades pasivas y dependientes propias de la etapa oral**, se expresa en una conflictiva edípica no resuelta por la falta de intervención de un padre que haga efectiva una amenaza de castración, que a su vez promueva la separación de la madre.

#### ***Una primera impresión***

Lo que me transmite la madre me hace pensar en un trastorno de conducta severo, uno de esos casos en los que no hay mucho para hacer salvo medicar y esperar que nos compliquen la vida solicitando salvatajes de situaciones críticas que no se pueden contener. No es el tipo de paciente que prefiero atender. Estoy mal predispuesta y un poco asustada.

### **iv. Capacidades Emergentes**

#### ***Conociendo al paciente designado. Primeras entrevistas***

Al conocerlo, me llama la atención la disparidad entre la contextura física de Maxi y la de la madre: se trata de un niño grande con una mamá pequeña.

Sin mayor dificultad se produce un encuentro entre un niño callado pero muy receptivo y una psiquiatra- terapeuta asustada que se tranquiliza ante la actitud colaboradora, abierta, para nada agresiva del paciente. Más bien parece decir *¿Qué quiere esta mujer de mí? ¿A qué vengo acá?* Me encuentro con un chico que accede a conversar conmigo y que se presta de muy buena gana a jugar.

Le pido que me hable de su familia y me sorprende con la siguiente afirmación: *“Tengo un hermanito que ya falleció”*. También me cuenta que *“Mi papá se separó de mi mamá.”* pero ante mi pedido de que amplié un poco más el tema su respuesta es contundente: *“No sé, ni idea.”*

Le pregunto si alguna vez se siente triste pero afirma que *“Triste no, siempre aburrido”*.

Le pido algún recuerdo de cuando era pequeño y emerge lo siguiente *“Cuando era chiquito me caí de una escalera. Lo único que me acuerdo es la caída. No tengo recuerdos lindos”*.

Pregunto también como duerme, me dice que muy poco y mal -cosa que su madre me había anticipado- y cuando quiero saber si sueña y si me puede contar algo, responde “*¿Puede ser una pesadilla? Estaba en el colegio, había una escalera, sin baranda, sin nada y se cayó mi mamá.*”

Le propongo el juego de los garabatos, que acepta con ganas y en el que muy pronto los dos estamos embarcados. Sin saber cómo, llegamos a un **dibujo que intuyo expresa un sentimiento profundo, del tipo de angustia depresiva o tal vez de las angustias sin nombre a las que se refirió Winnicott** <sup>35</sup> y que me permite integrar las observaciones previas, conformar- internamente- un diagnóstico diferente al supuesto inicialmente. Mi visión sobre el paciente y sobre mí misma, como posible terapeuta ha cambiado considerablemente, siento que nos podemos entender. El miedo y la sensación de impotencia dejan paso a la ternura que me genera “*un niño grande*”, una mamá asustada y una situación de duelos múltiples no elaborados pero que pueden emerger lo suficiente para ser trabajados.

Como puede verse en el dibujo 18 se trata de un hombrecito que está cayendo a un precipicio y solo puede sostenerse agarrado a duras penas del borde. Cuando le señalo que no hay nada en el fondo, lo vuelve a mirar y le agrega la línea del agua.

El niño inició una psicoterapia, en la que fueron apareciendo fantasías angustiosas relacionadas a su identidad, a su adopción, a quien es él, quienes sus padres biológicos y adoptivos, etc., etc. Todo eso que él “sabía” porque se lo habían dicho, pero que nunca había sido elaborado emocionalmente, persistía como un cuerpo extraño que trababa desarrollos fundamentales a la vez que distorsionaba otros.

Nuevamente sus dibujos (19 a 23) ayudaron mucho a mostrar lo que no podía ser comunicado con palabras. La angustia por una caída inminente se expresaba de diversas maneras.

En el dibujo 19 puede verse como el sol, fuente de vida y de calor, lo empujaba al vacío.

Los dibujos 20,21 y 22 fueron una vía privilegiadas con la que Maxi pudo conectarse e informarme sobre su temor a la locura, las angustias por no saber acerca de su pasado, ni como construir su identidad masculina adulta, como dejar de ser un niño cuando las referencias eran un padre alcohólico, una mamá desbordada y vaya a saber que mezcla rara, extraña, de su herencia biológica.

Sus palabras, que solo surgieron a posteriori, ayudaron a construir una cierta continuidad en su historia que estaba tan dolorosa y repetidamente fragmentada:

*“Una pareja muy extraña mezcla de diferentes animales que siempre se peleaban, tuvo un niño muy feo y deforme”.*

---

<sup>35</sup> Winnicott D. La integración del Yo en el desarrollo emocional 1962

### ***El funcionamiento inconsciente. Los sentimientos de culpa.***

Jugando a preguntarle cuales serian sus deseos, expresa que le gustaría tener “*brazos y piernas muuuuuuy largos....* ” ***Entre los dos*** advertimos que de esa manera podría agarrar a su hermanito y evitar que muriera en el accidente. Se sorprendió mucho cuando le dije que él aún no había nacido cuando eso pasó. “*Es verdad, no me había dado cuenta*”. (Ilustración 23)

### ***Cambiando la primera impresión***

La presunción diagnóstica inicial referida a un Trastorno Disocial, fue mudando en otras concepciones: estaba ante un púber con una **vida social muy pobre**, en el que la interacción afectiva se daba fundamentalmente con la familia nuclear. Sus intentos para lograr una mayor autonomía eran planteados con mucha timidez o de manera disruptiva, con **alguna pelea o malestar entre los pocos amigos que tenía**, hasta que generalmente trascendía en forma de problema que la madre debía resolver. Como resultado de estos intentos muchas veces fallidos, de socializar con pares surgía el aburrimiento y el recurso de la comida, acompañante siempre disponible. Eventualmente alguna explosión agresiva – destructiva de poca monta en la casa daba cuenta de su malestar.

La **dinámica familiar** evidenciaba un estilo relacional de encierro en sí mismos, con poco contacto con la familia ampliada y con el mundo exterior en general.

**Funciones parentales muy deficitarias** en sentido amplio, marcadas por un **padre abandonico**, que parecía no haber reconocido nunca a este niño como su hijo y una **madre** atravesada por la pérdida de otro hijo pequeño por el que nunca pudo tramitar el duelo.

Además, varios aspectos se unían para potenciar la angustia materna: al tamaño corporal, la fuerza física y la torpeza motriz propia de los inicios puberales, se sumaban temas vinculados con la adopción y a la dificultad para reconocer – y aceptar- el cuerpo de su hijo como algo “familiar”, salvo en lo que hacía al descontrol y la locura, en particular de los hombres. Los estudios genéticos resultaron normales pero ello no sirvió demasiado para atenuar la proyección depositada en lo hereditario y en lo masculino como depósito de agresividad, enloquecimiento y descontrol.

### ***Otra Caracterización Diagnóstica***

- *Pre-puber o casi púber, con múltiples trabajos psíquicos insuficientes y disfuncionales.*
  - *Duelos no elaborados, propios y ajenos*
  - *Identidad confusa*
  - *Tendencia (defensiva) a refugiarse en la dependencia, en donde el apego inseguro dificultaba una exploración más activa del mundo circundante.*

- *Correspondencia con fantasías expulsivas y actitud poco contenedora de la madre: “grande = amenazante” para ella.*
- *Niño que se sufría la ausencia de su padre o de otro que le permitiera guiarse en la búsqueda de una identidad masculina adulta que no tuviera que ver con el descontrol o la locura y la muerte.*

## **Evolución**

El paciente realizó una psicoterapia durante tres años, la que incluyó entrevistas periódicas con la madre y con su hermana. Al padre no se lo pudo contactar. Los síntomas iniciales se fueron atenuando hasta casi desaparecer. Por momentos se hizo evidente un notorio tono depresivo por lo que se lo medicó con fluoxetina durante unos meses, sin evidencias de cambios significativos durante su administración. La relación entre la madre y el niño mejoró bastante, aunque persistía una tendencia en ella a la sobre protección y a no facilitar la autonomía, y una cierta pasividad y aferramiento a la dependencia en Maxi.

## **Síntesis del estudio de las capacidades emergentes**

Lo más llamativo en este historial es aquello que emergió en el momento de conocer a Maxi. Una discrepancia importante, más como sensación que como pensamiento, entre lo experimentado con el relato de la madre y el encuentro personal con el paciente “designado”. Un niño. Grande físicamente, obeso, 30 cm. más alto que la mamá, pero un niño, en todo caso, mutando a púber. Como **primer indicador semiológico**, su ubicación no solo cronológica sino actitudinal y emocional.

Importancia decisiva de un diagnóstico, que, tomado literalmente, es decir, sintomáticamente, solo en relación a los indicadores clínicos propuestos por los Manuales Diagnósticos podría haber contribuido a ocasionar la caída tan temida, acechante en sus sueños y pesadillas desde pequeño.

La clínica depresiva y distímica que atravesaba el vivenciar de Maxi no fue motivo de consulta y solo pudo emerger en condiciones muy especiales, las que, además, permitieron vislumbrar toda una serie de capacidades presentes tales como:

- Jugar, fantasear, soñar y recordar los sueños <sup>36</sup>
- Relacionarse con otros
- Tolerar- con ayuda- la emergencia de situaciones dolorosas, confusas y conflictivas

---

<sup>36</sup> Winnicott. El valor de la depresión 1963

*“Cuando una persona tiene un sueño, lo recuerda y lo relata en forma adecuada, está demostrando su capacidad de hacer frente a las tensiones internas que se manifestaron en el sueño”.*

- Sentir culpa
- Diferenciar la realidad interna de la realidad objetiva (salvo situaciones puntuales de mucha angustia)

**Capacidades del entorno familiar.** Aun con perturbaciones serias que probablemente promovían y sostenían la emergencia de síntomas, tenía como elementos positivos que el interés y el cuidado de la madre adoptiva por Maxi no se habían interrumpido ya que, más allá del temor que ella experimentaba a no poder sostenerlo, aun estaba a su lado, buscando la forma de no dejarlo caer.

### **Dificultades – inhibición- trabazón- imposibilidad- de realizar las tareas propias de la pubertad y de la adolescencia**

Niño – Púber con dificultades serias para embarcarse en el proceso adolescente que se avecinaba, en el sentido de no poder con ciertos trabajos necesarios para incorporar lo nuevo a su funcionamiento subjetivo<sup>37</sup>. Trabado en su autonomía y sentido de agencia propia, se empezaban a fijar modos de relacionamiento reactivos al accionar de otros, con modalidades de satisfacción predominantemente ligadas a lo oral y endogámico.

#### • *Pasaje, metamorfosis, de lo familiar a lo extra-familiar.*

En este niño no se estaba dando la tramitación de lo extra-familiar que se va desarrollando en la latencia, en donde puede verse la preeminencia que van teniendo los “amigos”. Un apego inseguro subyacía a la relación con su madre, lo que le hacía particularmente riesgoso aventurarse en la exploración de otros espacios. Además, lo extra-familiar estaba poblado con fantasías abrumadoras en relación con sus orígenes, dificultando aún más la salida.

#### • *Represión de la agresión.*

La madre de Maxi crió a su hijo con un gran temor a toda evidencia de agresividad que el niño pudiera manifestar. Siempre estuvo alerta a reprimir dichas expresiones, en la búsqueda de un niño “bueno”.

Este pensamiento se parece mucho a visiones clásicas de la agresividad, que la confunden con sadismo, destrucción, abolición del otro como tal.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Rodolfo R Estudios clínicos. El adolescente y sus trabajos Paidós 1992 - 2005

<sup>38</sup> Rodolfo R Trabajos de lectura. Lecturas de violencia. La destructividad partida. Paidós 2009

Este modo de experimentar la agresión impide asociarla al erotismo muscular, al movimiento y a la fuerza necesaria para chocar contra otro y, así, poder reconocerlo como diferente, externo, irreducible a uno mismo. Siempre y cuando ese **otro** “sobreviva” al amor despiadado del niño y no induzca en él penosos y agobiantes sentimientos de culpabilidad, que paradójicamente, traban el desarrollo del sentido de culpa y de responsabilidad.

Dado que en la crianza de Maxi la agresión siempre fue dimensionada como peligrosa e inmanejable, el niño nunca pudo experimentarla en toda su dimensión, y posiblemente ello le impidió diferenciarse de su madre en muchos aspectos; no menor es el hecho de haber hecho suya la culpa por la muerte de un hermanito que no conoció.

Si bien, sintomáticamente, se relataban episodios de agresión en Maxi, ello parecía ser reactivo a numerosos factores (depresión materna, ausencia paterna, vivencias de violencia entre los padres en su temprana infancia, y otras), más que expresiones de empuje, agencia propia, o fuerza del deseo que se abre paso para su satisfacción.

MAXI. Dibujando su diagnostico

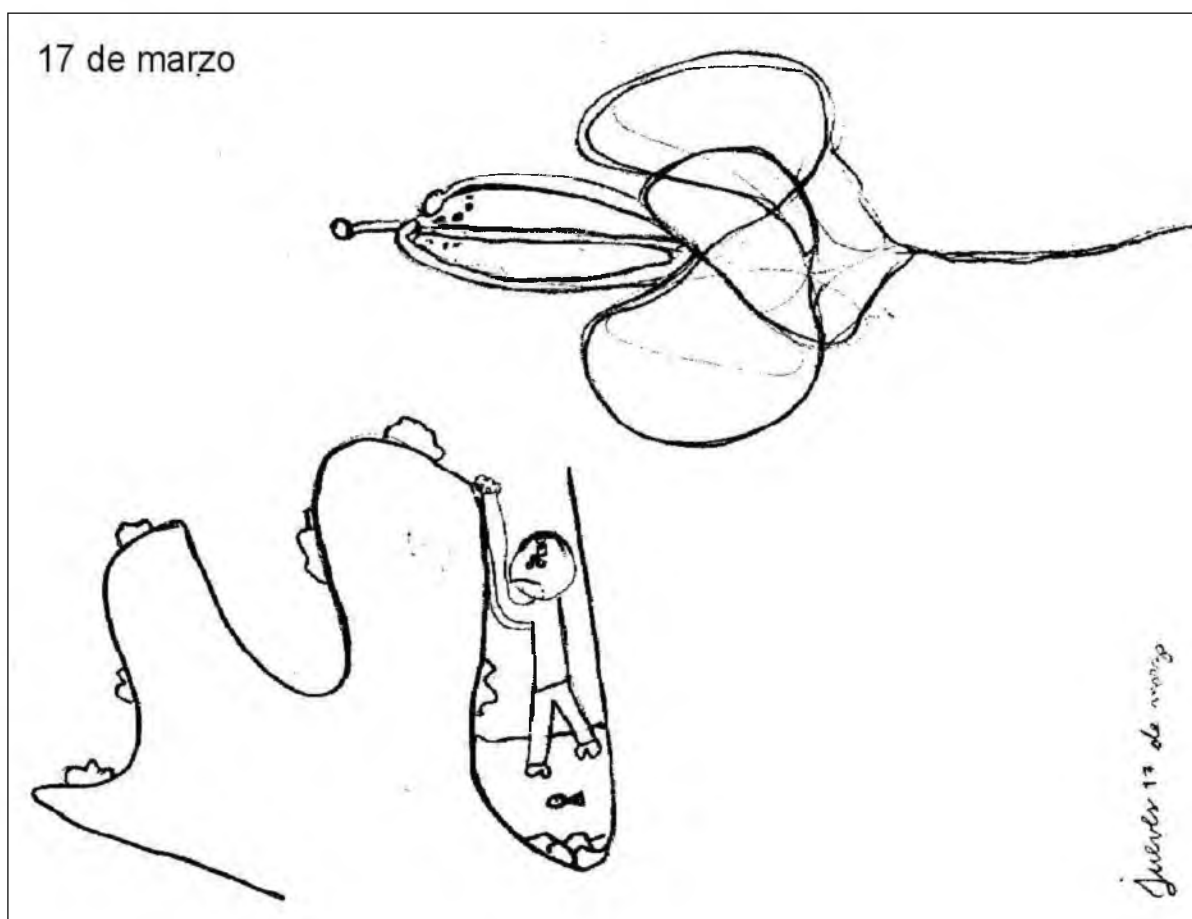


Ilustración 18: Esfuerzo por no caer





Ilustración 19: EL sol y la caída inminente



Ilustración 20: "No sé! " ... que materiales tomar para construir mi identidad



Ilustración 21: Una pareja muy extraña mezcla de diferentes animales que siempre se peleaban, un niño muy feo y deforme



Ilustración 22: Identidad. Autoestima



Ilustración 23: Funcionamiento Inconsciente: Deseos, culpa, reparación. "Brazos y piernas muuuuuuy largooooos"

***“Crónica de una muerte anunciada”***

*La presentación de este material propende a un estudio comparativo con la historia de Maxi, con igual categoría diagnóstica según DSM IV. Se advierte, que más allá de esas similitudes, tienen diferencias sustanciales que requieren ser diferenciadas para no incurrir en iatrogenia desde el diagnóstico.*

*También se observa que aspectos caracterizados como patológicos también son soluciones, salidas, alternativas; lo mejor, o tal vez lo único, que el paciente puede hacer para evitar un derrumbe.*

**i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica**

***Motivo de Consulta***

Recibo la consulta de una trabajadora social por un joven de 12 años que vive en un hogar de acogida para niños que fueron retirados de su familia por orden judicial.

Emilio viene a la primera consulta acompañado por una mujer, a quien le han dicho que debe llamar “tía”. Es con quién convive desde hace pocos meses, luego de numerosos cambios a lo largo de los 7- 8 años que lleva viviendo en dicho lugar. La mujer cuenta que Emilio tiene graves problemas de conducta: *“No acepta límites, intenta pegarme, me arrinconó”*, falta con frecuencia al colegio y cuando concurre no trabaja en lo que se le solicita. Sólo le gusta dibujar. Deambula por las calles sin respetar horarios ni espacios autorizados.

Percibo en la “tía” la intención de vincularse y ayudar a este joven. Es su nuevo trabajo: convertirse en el sostén principal de 7 niños en similares condiciones de abandono y traumas acumulativos de diferentes edades; muy pequeños, púberes y jóvenes hasta los 18 años de edad. Me cuenta que si bien nunca tuvo contacto con niños ni preparación específica, trabajó en *“la atención al público”*. Me impacta la asociación que realiza, me parece que no alcanza a dimensionar la intensidad de la demanda y la fuerza de las emociones que pueden moverse en niños y adolescentes con historias y experiencias de vida tan altamente disruptivas.

**Primer espiral diagnóstico**

**Punto de vista Neuro- Psiquiátrico**

No se conocen antecedentes perinatales ni hereditarios, tampoco las condiciones nutricionales de sus primeros años de vida, pero todo parece indicar que hubo factores de riesgo suficientes para configurar alteraciones en su maduración neurológica, en particular las estructuras cerebrales más específicas ligadas a las funciones hoy llamadas ejecutivas: control de los

impulsos, atención selectiva y focalizada, organización, planificación, evaluación de resultados y consecuencias. Ello concuerda con la presencia de indicadores de Disfunción Pre Frontal, posible Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Estudios neurológicos (EEG y RNM) normales.

## **ii. Diagnóstico según DSM IV**

**EJE I** Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. F91.8 Trastorno disocial (312.8)

Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por: Agresión a personas y animales. Destrucción de la propiedad Fraudulencia o robo. Violaciones graves de normas.

### **Puede o no sumarse el siguiente diagnóstico a criterio del clínico**

**EJE I** Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez F94.2 (313.89)

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad. B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo. C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
  2. Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
  3. Cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)
- D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A.

**EJE II** Trastornos de la Personalidad: No pueden ser codificados al ser menor de 18 años.

**EJE III** Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99)

**EJE VI** Problemas relativos al grupo primario de apoyo, al ambiente social, al acceso a los servicios de asistencia sanitaria y a la interacción con el sistema legal.

**EJE V** Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo

### **iii. Diagnóstico según el Psicoanálisis**

¿Perversión? ¿Psicosis?

Predominio de angustias depresivas y abandonícas.

Vida onírica terrorífica y amenazante, fantasías sexuales incestuosas de carácter intrusivo y dificultad en discriminarla realidad de la fantasía.

### **iv. Estudio de las Capacidades Emergentes**

#### ***Observaciones durante el tratamiento***

El paciente estaba iniciando con otro profesional una nueva psicoterapia (muchas fueron empezadas e interrumpidas en los últimos años) de modo que mi intervención quedó acotada al tratamiento psicofarmacológico y a la orientación. Indiqué una medicación tendiente a regular los síntomas antes mencionados, reforzando la dosis de neurolépticos que ya venía tomando.

Los resultados fueron malos: los síntomas se incrementaron, el joven estaba cada vez más violento, agresivo y resistente a aceptar los códigos básicos de convivencia.

En una de las entrevistas la mujer que lo cuida me cuenta que advirtió que uno de los adolescentes mayores de la casa en la que vivía ella con E. estaba abusando sexualmente de los otros niños. Ello motivó una denuncia de su parte, razón por la que el juez ordenó el desmembramiento del grupo de convivencia. La convivencia se volvió caótica, E la acusaba de haberlo separado de los otros niños de la casa ( algunos eran sus hermanos), las agresiones cruzadas eran permanentes, la permanencia como “tía” o “madre sustituta” no iba a durar demasiado...

Pienso que no son sólo Emilio y su cuidadora quienes no pudieron dimensionar la realidad objetiva, yo tampoco pude hacerlo, al menos en toda su magnitud. Confié en que su realidad cotidiana – actual- no estuviera -tan- invadida de situaciones traumáticas.

#### ***Segundo Espiral Diagnóstico. Integración / Desintegración de la Personalidad.***

##### ***Capacidad de Regular sus Emociones***

*“Sueño con el diablo, con la muerte, que me matan” “No se lo digas a nadie, pero sueño que “lo hago” con mis hermanas, pero yo no quiero que pase eso.” “Tengo- quiero- tomar esas pastillas para poder dormir”.*

Una avalancha de sensaciones, emociones, pensamientos sin procesar parecen acechar continuamente y Emilio da la sensación de estar permanentemente buscando una manera de defenderse de una angustia masiva y desorganizadora. Ello parece acaparar toda su energía psíquica, sin dejar resto para las tareas de crecimiento emocional propias de su edad.

### ***Reaccionar versus Existir***

Se va imponiendo cada vez más lo fáctico como modo de intercambio y relacionamiento afectivo con las personas. *“La ‘tía’ no me quiere a mí, le dije que me compre una computadora y no me la compra.”*

### ***Capacidad para Experimentar Confianza***

La capacidad para confiar en alguien fue reiteradamente dañada y Emilio parecía haber agotado su disponibilidad: *“No extraño a mis hermanos, no los quiero. No confié en nadie. Sé que se van a ir en cualquier momento”*

### ***Capacidad para deprimirse***

Winnicott insiste en reconocer: *“el valor de la depresión, o más bien sobre la salud que es inherente a la capacidad de deprimirse, dado que el humor depresivo está muy próximo a la capacidad de sentirse responsable, culpable, afligido, y de alegrarse plenamente cuando las cosas marchan bien. La depresión, por terrible que sea, debe respetarse como prueba de integración personal”*<sup>39</sup>

Vestigios de afectos depresivos, detectados en las primeras entrevistas, fueron atenuándose mientras se establecían defensas cada vez más rígidas de invulnerabilidad y omnipotencia. El joven afirmaba sin inmutarse: *“Yo no estoy triste nunca, siempre hago lo que se me da la gana”*.

### ***Capacidad de Juego / Creatividad***

Nuevamente acude el pensamiento de Winnicott:

*“En salud se necesita admitir periodos de desintegración en los periodos de descanso, distensión y ensoñación, sobre todo porque estos son los estados vinculados con el surgimiento una y otra vez del impulso creativo. Cuando la persona organiza una defensa contra este tipo de desintegración se despoja de la posibilidad de comunicar-se con su vida creativo, con su impulso personal.”*<sup>9</sup>

Emilio no podía jugar. La amenaza, siempre presente de desborde y de un posible derrumbe impedía que se pudiera conectar con los momentos informes y desorganizados, por ejemplo, en el juego- que no aceptó- del garabato. Nótese la diferencia de lo ocurrido con Maxi.

---

<sup>39</sup> Winnicott El concepto de individuo sano 1967

### ***El self falso /el self verdadero***

*“Lo único que me gusta es dibujar”*

Emilio pasaba muchas horas dibujando, parecía ser la actividad que más podía sostener y a la que recurría en diferentes momentos. Talentoso, se reprochaba amarga y angustiosamente no poder crear: *“Dame algo para copiar, yo no puedo inventar, no me sale”*. (Ilustración 24)

Sin embargo, aún en los dibujos copiados se translucía una imagen de terror, en donde las angustias persecutorias podían percibirse claramente.

Otros dejaban ver su impotencia y angustia manifiesta ante la imposibilidad de conservar una imagen integrada de sí mismo. Los dibujos pudieron correlacionarse con otras comunicaciones, por ejemplo sueños: *“Soñé que cuando iba en colectivo con mis hermanos, alguien entraba y me cortó la cabeza, se me caía el rostro...”* (Ilustración 25)

De modo que el dibujar en este joven, parecía ser una **defensa** - no demasiado efectiva- ante la angustia de desintegración y despersonalización: tal vez un intento de búsqueda de una mirada integradora que perdió innumerables veces a lo largo de su vida. Sin embargo, esta defensa, quizás fuera el elemento “más saludable” que E. podía construir.

Esta **particular manera de recurrir al dibujo** puede ser relacionada con la Teoría del Falso Self de Winnicott y sus funciones tanto en la Salud y como en Patología<sup>40</sup>. En un sentido patológico, se trata de personas que *“para enfrentar al mundo, inconscientemente han sentido la necesidad de organizar una fachada, un falso self, cuya finalidad es la de proteger al self verdadero”* Este aspecto puede engañar fácilmente a la sociedad y puede ser **eficaz como defensa**, pero **no** es sinónimo de salud. Tiene cierta similitud con el concepto de defensa maniaca, que consiste en una **negación inconsciente** de la indiferencia, de la depresión, de la indefensión, de la muerte y del vacío.

### ***Patología ambiental***

Un ambiente de desapego y trauma, en todas sus dimensiones, atravesó a este niño desde... tal vez antes de nacer. Dichas condiciones extremadamente adversas en la crianza, no pudieron ser revertidas en la medida mínima necesaria para suministrarle el amparo y la continuidad existencial necesaria para desarrollar un self, una personalidad, un dominio de sí mismo que le permitiera ser el mismo sin tener que reaccionar – siempre- a los avatares de los otros.

---

<sup>40</sup> Winnicott Falso Self



## **Evolución**

Se redefinieron las condiciones del tratamiento psiquiátrico poniendo el acento en la necesidad de revisar las condiciones ofrecidas por la institución. Para ello consideré que era imprescindible brindarle a Emilio una continuidad en el trazo personal coherente y firme, que pueda “sobrevivir” a las reacciones “antisociales” que posiblemente siguiera teniendo este joven en respuesta a una historia de privación y trauma emocional reiterado. Los adultos responsables dieron cuenta de que la institución no lograba ella misma organizarse para lograr sus fines, por lo que seguía atravesando cambios en la dirección y en el personal reiterados. No les fue posible sostener las condiciones e indicaciones terapéuticas y desvincularon al niño del tratamiento.

## **Síntesis del Estudio de las Capacidades Emergentes**

### **Déficit en las capacidades de**

Reconocer, tolerar y regular emociones

Poder acceder a un estado relajado o de ensoñación

Jugar / Crear

Falsa maduración, basada en la negación de la dependencia

### **Presencia de la capacidad de**

Instauración de un falso self como medida extrema de protección ante la amenaza de un derrumbe



Ilustración 24: "Dame algo para copiar, yo no puedo inventar, no me sale"

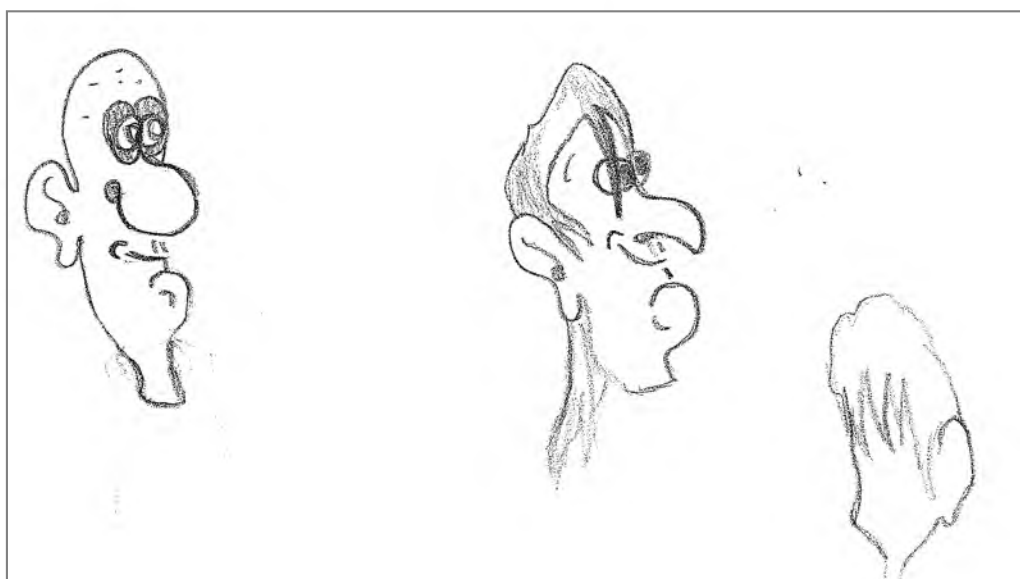


Ilustración 25: " Soñé que.... se me caía el rostro."

*“Salud más compatible con la idea de enfermedad que de normalidad.”*

*“Salud no es comodidad”*

**Donald Winnicott 1967**

Se presentan a continuación una serie de estudios clínicos que tienen el común denominador de que la consulta inicial fue realizada cuando las defensas rígidamente establecidas de las pacientes comenzaban a dejar de serles operativas y funcionales. Un malestar creciente (a veces durante meses, en otros casos a lo largo de varios años) daba cuenta de una necesidad *in crescendo* de superar ciertas inhibiciones, de avanzar en un desarrollo detenido o perturbado. Pudo inferirse que la presencia de *distintos síntomas* de enfermedad, patologías, y/o trastornos, *paradójicamente daban cuenta de los aspectos más saludables*, aunque no por ello necesariamente más confortables o menos conflictivos, de estas personas.

## PAULA

*“Nunca supe cómo ser yo. Preferí amoldarme”*

### **i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica**

Mujer de 36 años que consultó por padecer graves crisis de pánico -reunía todos los criterios diagnósticos DSM IV- que la dejaron paralizada y sin posibilidad de continuar con ninguna de sus rutinas diarias (trabajo y familia con niños pequeños).

Paula tenía todo organizado, ordenado y previsto con lugares y tiempos programados. Ejercía un control que no dejaba margen alguno para cambios imprevistos, sobre todos aquellos que tuvieran que ver con sus deseos, a veces de “no hacer nada”, otras de disfrutar de lo que “debía” hacer, como por ejemplo la crianza de sus hijos. No se permitía dejar una cama sin tender, un trabajo sin hacer a la perfección, no recuerda haber estado enferma ni haberse tomado nunca un día libre en el trabajo. Percibía que siempre dio la impresión que ella podía resolver las situaciones problemáticas, propias y ajenas. Fue muy notorio con el embarazo de sus niños, en especial de la segunda: venía mal, muy cansada, no se sentía disponible para un nuevo embarazo, sin embargo accedió a los deseos de su marido de tener un segundo hijo. A pesar de que le habían avisado que el feto tenía una compresión del cordón umbilical y que debía cuidarse ella siguió trabajando hasta el parto. La niña nació pequeña para la edad gestacional y esto le produjo mucha culpa. Se levantó a las 12 horas de la cesárea y volvió a su casa a ocuparse de todo más la recién nacida y el niño de 2 años. Dolorida y agotada, recuerda el enojo hacia su marido junto a la sensación de que no podía decirle lo que le pasaba ni pedir ayuda. Se apartaba para llorar a solas hasta que se sentía en condiciones de retomar sus tareas. Se dio cuenta de que durante varios meses después del parto, no tenía ganas de nada.... Cree que estuvo deprimida y que se fue recuperando sola. Entonces pensó que lo que le pasaba ahora pudo haber comenzado, ya, en aquella época.... Expresa lo siguiente:

*“Nunca pude decir lo que yo pensaba, lo que necesitaba, lo que quería. Sentía mucha inseguridad para expresarme. Si digo esto, no sé si se tomará bien,...tengo tantos miedos, me van a odiar, o a marcar por decir tal o cual. Nunca supe cómo ser yo. Preferí amoldarme”... “Ahora siento que eso no me satisface más... Sé que no me hace bien...”*

### **ii. Diagnóstico según DSM IV**

**EJE I** Trastornos de ansiedad. F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco") (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis. B. Presencia de agorafobia.

**EJE II** Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

**EJE III** No presenta

**EJE VI** No presenta

**EJE V** 41 Síntomas Graves

### iii. Diagnóstico según el Psicoanálisis Clásico

Neurosis de Angustia – Neurosis Actual

### iv. Capacidades Emergentes

Cuatro meses después de haber iniciado una psicoterapia y un tratamiento farmacológico (Inhibidores Selectivos Receptación Serotonina) Paula pudo formular lo siguiente:

*“Los primeros tiempos, cuando empezó todo, solo podía pensar en la enfermedad, sentía que me podía morir en cualquier momento, volverme loca. No sabía que me pasaba, no entendía que ni porque me sucedía todo esto.”*

Estas expresiones ilustran sobre lo **delicado del momento de la consulta inicial**, en donde la paciente se sentía desbordaba por sensaciones angustiosas que la invadían tanto somática como psíquicamente y en la cual ella solo conjeturaba oscuramente alguna patología que, al menos, pudiera darle algún sentido a lo inexplicable.

A medida que disminuía la angustia inicial, empezó a emerger un nudo conflictivo en el que convergían modos de funcionamiento intra e inter- subjetivos, que favorecían las situaciones de angustia masiva.

Al mismo tiempo, se fueron manifestando sus capacidades, entre ellas un muy buen **sentido del humor**. Ello facilitó que ciertas “verdades” pudieran ser relativizadas, toleradas y digeridas, transformadas, comenzando a gestarse ciertos cambios favorables.

Esto último podía verse en **el modo en que ella contaba** como vivía los intentos de su pareja por ayudarla: a pesar de que sentía sus observaciones como presiones que contribuían a consolidar sus sentimientos de indefensión e impotencia, podía bromear sobre ello y tomar la distancia suficiente para advertir su participación al someterse a un trato infantilizante y autoritario.

### ***Giro diagnóstico de interés: encrucijada salud-enfermedad***

Los síntomas de angustia emergieron cuando la paciente estaba comenzando a desprenderse de una coraza – falso self patológico- pseudo adultez, pseudo madurez, que le impedía, paradójicamente, continuar con una maduración real y saludable. La revisión de su historia vital condujo al análisis de un momento particular en su adolescencia temprana, en la cual su familia nuclear vivió diferentes situaciones des-estabilizantes (nacimiento de su hermano menor casi en la misma época en que se embarazó una hermana adolescente poco mayor que ella, pérdida de trabajo de su padre, etc.). Paula cuenta que sintió que en esos momentos ***dejaba abruptamente su niñez***, en la que se recuerda “*traviesa, terrible y despreocupada*”, para asumir ella el “cuidado” de su familia, a la que, de pronto, empezó a ver como desamparada. Se buscó un trabajo en las horas que no iba a la escuela y se ocupó de estar atenta a las necesidades de todos los demás sin permitirse nunca importunarlos con sus dudas, conflictos, incertidumbres, etc.

Esto implicaba que la paciente **no había realizado los trabajos propios de la adolescencia** (Rodulfo, bases teóricas), los cuales comprenden una cierta libertad para rediseñar la identidad infantil aplicando a fenómenos identificatorios y desidentificatorios, entre otros fenómenos.

Cuando empezaron a manifestarse los síntomas que motivaron este tratamiento, Paula se encontraba en una etapa diferente de su vida, en la que ansiaba crecer en diferentes áreas - laboral, pareja, madre- pero sentía que no contaba con recursos para defender sus posiciones, sus deseos, sus argumentos, en definitiva, ***su perspectiva del mundo***. Perspectiva que lograba formularse internamente, pero que no podía ser comunicado ni defendido con otros. El circuito de su deseo se interrumpía ante las primeras adversidades generándole mucho malestar. La necesidad de cambio era cada vez más acuciante e imparable. Esto apuntaba más a la Salud que a la Enfermedad.

*“En este momento, me doy cuenta de que gran parte de lo que me generaba esa angustia, era esta dificultad en poder decir lo que yo sentía, el no intentar siquiera ser reconocida, tanto en los momentos de debilidad como en los de fortaleza... ahora sé que tengo argumentos, pero me quedaba callada, no los podía defender”.*

### ***Evolución***

Paciente que continúa su tratamiento, habiendo remitido los episodios de angustia masiva. Luego de un periodo de licencia laboral estuvo dispuesta a retomar sus actividades, advirtiendo a sus compañeras que vuelve una “nueva Paula”, más peleadora por lo que quiere,

más contenta consigo misma, reconociendo su vulnerabilidad y la necesidad de pedir ayuda cuando lo necesita.

### **Síntesis del Estudio de Capacidades Emergentes**

Mujer joven que durante muchos años había logrado una adaptación social exitosa en su mundo familiar y profesional. Sin embargo, un malestar indefinido, creciente, fue “tomando cuerpo” y apropiándose de todos sus espacios vitales.

Sus manifestaciones permitían ver que el *“cumplimiento con el deber ser”* era tan estricto, inmutable y abarcativo, que no dejaba lugar ni tiempo para otros funcionamientos, entre ellos, el **poder jugar** en sus distintas modalidades.

Según se anticipa más arriba, en este material, es propicio **destacar la ausencia** de lo que se considera como un **trabajo princeps de la adolescencia**<sup>41</sup>: ligar el jugar con el trabajar, permitiendo que *“el deseo migre de un campo al otro e invista subterráneamente el trabajo tal como lo venía haciendo en el juego”*.

Diversos factores, personales, familiares y sociales conspiraron para que *“la moratoria psicosocial de la adolescencia”* no fuera experimentada de ese modo, dando lugar en cambio, a una rigidez opresiva en forma de caracteropatía obsesiva<sup>42</sup>.

Además, posiblemente vinculado a lo anterior, había una marcada dificultad en reconocer los afectos, en particular los agresivos. Como en otros pacientes, se había producido una excesiva represión de los mismos, dando lugar en este caso a una marcada inhibición en la lucha necesaria para cumplir con los propios deseos y objetivos.

De este modo, la **capacidad de establecer una secuencia**, entre el desear, su reconocimiento y su posible – o no- satisfacción, se volvía trunca antes de empezar.

De igual forma, la **capacidad de sostener un conflicto** en el tiempo, tolerando la ansiedad y los sentimientos ambivalentes que ello pudiera generar, era mínima. Su anulación y desestimación aparente, alimentaba la sensación de angustia, que emergía libremente.

### **Angustia: Indicador de Salud**

Con toda la complejidad que implica, la angustia que sentía esta paciente daba cuenta del resquebrajamiento de modos defensivos, que aunque exitosos durante un tiempo, dejaban de serlo.

---

<sup>41</sup> Rodolfo Ricardo Estudios Clínicos Desde el jugar al trabajar

<sup>42</sup> DSM IV Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Considero que lo **saludable de la angustia en este contexto** se refiere a que da cuenta de un movimiento, ligado a la **vitalidad del desear**, que sin haber sido subjetivado, pujaba por serlo.

En términos de psicoanálisis, fuerza o cantidad energética que, más que necesitar una descarga, requiere ser cualificado.

El buen **sentido del humor** era su mejor aliado, sustancia intersticial que permitía y amortiguaba los desplazamientos energéticos y representacionales necesarios para conjurar la angustia y generar algunos cambios.



## **TAMARA**

### ***“En búsqueda de una locura saludable”***

#### **i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica**

Tamara, consultó a los 58 años, cuando ya había realizado varios análisis y psicoterapias previos a esta consulta. Valoraba positivamente dichas experiencias, pero sentía que un malestar, mejor dicho, un sufrimiento persistente la llevaba a buscar nuevamente ayuda.

Reacciones somáticas diversas tales como hipertensión arterial, dolor articular, astenia, decaimiento, deseos de dormir, tendencia a aislarse dominaban el cuadro clínico en ese momento.

Se sentía presa de una angustia masiva que emergía en distintos momentos- en medio de la noche -por la mañana cuando se quedaba sola en su casa- después discutir o de sentirse humillada por su marido- que la impulsaban a caminar de un lado a otro sin ningún otro objetivo que el de bajar la ansiedad; en otras ocasiones se golpeaba a sí misma, pegándose cachetadas o arañándose e insultándose con calificativos denigrantes.

Sin embargo, entre todas las quejas se destaca algo diferente:

*“Yo era muy distinta antes .Más rígida, aún ahora me cuesta mucho mostrarme como soy”.*

*“Me gusta mucho bailar, hacer bromas, divertirme: mi marido y mi hijo dicen que soy loca.”*

#### **ii. Diagnóstico según DSM IV**

##### **EJE I F45.0 Trastorno de somatización (300.81)**

Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados.

Trastorno de somatización indiferenciado

Trastorno de ansiedad indiferenciado

**EJE II** Trastorno de la personalidad no especificado (border o límite)

**EJE III** Enfermedades del sistema circulatorio, hipertensión arterial (I00-I99)

**EJE VI** No presenta

**EJE V** 51 Síntomas moderados

### iii. Diagnóstico según el Psicoanálisis

Neurosis de angustia, Neurastenia

### iv. Capacidades Emergentes

Tamara cuenta que su familia de origen era “*muy loca*” y que siente que si ella no se hubiera apartado y elegido un camino muy diferente al casarse, hubiera enloquecido también.

Refiere que su padre, médico, muy querido y admirado por ella, fue alcohólico; lo recuerda por momentos muy agresivo y autoritario, la atemorizaba al punto de paralizarla. Ligado a ello la familia debió mudarse varias veces y pasar por etapas de precariedad e incertidumbre económica. Esto la avergonzaba sobremanera y le producía un sentimiento de desamparo; parecía que las carencias materiales se mezclaban con la percepción de la incapacidad de los adultos para auto-sostenerse. Me dio la impresión que Tamara tenía la necesidad de defenderse de un desborde siempre inminente.

Al iniciar el tratamiento canceló numerosas consultas poco antes de la hora por descomposturas de diverso tipo o llegaba diciendo que lo había hecho con mucho esfuerzo, que le dolían todas las articulaciones y que tenía la sensación de que no se podía sostener. Otras veces era el frío, o el calor, le daba mucho miedo enfermarse, trataba de no salir de su casa. Espontáneamente expresó que le costaba mucho venir a las entrevistas, siempre tenía una sensación de angustia ante la perspectiva de asistir. Al mismo tiempo advirtió que yo le generaba una sensación muy particular, de tranquilidad y que le recordaba un poco a su madre, que era una mujer de tez blanca y ojos claros y también a su padre ya que yo era médica, igual que él.

### Primeras entrevistas

Parecía una persona muy enferma pero muy sana a la vez...

Por un lado pienso que gran parte de las manifestaciones somáticas eran expresiones algo burdas, pero elocuentes, de *sensaciones* y *sentimientos*, que no han sido pensados, pero que están muy cerca de serlo.

La paciente valora mucho los aspectos del encuadre, el consultorio, el tono de mi voz, la actitud tranquila y atenta. Parece que ello le proporciona el medio para poder procesar gran parte de su malestar. Para poder ser. Percibo una **inhibición** en la capacidad de procesar las emociones pero **no una incapacidad** para hacerlo. Privilegio la necesidad - y el temor a - estar con otro, como elemento fundamental para tener en cuenta en la terapia.

### **Desplegando y cualificando la angustia y el displacer**

Diversos malestares fueron tomando forma- y cuerpo - al tiempo que las manifestaciones somáticas iban espaciándose hasta ser cada vez menos notorias. Dos aspectos se destacaron: el trabajo y su relación de pareja, en particular la sexualidad.

En relación a lo laboral, no entendía por qué tenía tan poco trabajo, a pesar de que amaba su profesión, dedicaba muchas horas a estudiar y perfeccionarse, tenía ideas originales y creativas, pero no lograba hacer que el mismo sea eso - un trabajo-. Más bien su actividad parecía una serie de acciones inconexas que no la reconfortaban en su autoestima ya que no se valoraban los aportes que efectivamente hacía y tampoco recibía un reconocimiento económico significativo por sus tareas.

La relación con su pareja fue otro gran capítulo. Empezó a pensar que le molestaba ahora justamente aquellas cualidades por las que había elegido a su esposo: ser una persona concreta, previsible, “sin locuras”, con capacidad de control. Sin embargo, en este último tiempo, ella necesitaba cada vez más permitirse pequeñas “locuras” que en verdad no sabía muy bien si la conducirían a una situación caótica. *¿Reirse, estar alegre, hacer un poco de teatro, poder hablar de cómo se siente y no sólo de lo que tiene que hacer, querer tener relaciones sexuales y disfrutarlas, sería parte de estar loca?*

### **Reflexiones**

Pienso que esta paciente necesitó detener su maduración emocional, en función de preservarse de sensaciones de descontrol y locura que amenazaban con invadirla.

Sin embargo, justamente dichos componentes empezaban a serle necesarios para sentirse viva. Intentó pensar cómo hacer uso de ellos para permitirse un crecimiento “más real”, fundamentalmente en esos aspectos relacionados con “hacerse grande”, en este contexto, asumir su deseo en relación al trabajo y a la sexualidad.

Las experiencias vividas, se mostraban ahora insuficientes o insatisfactorias: ya no alcanzaba tener una familia modelo y un trabajo convencional para mantener cierto equilibrio, más bien ello le dejaba una sensación de vacío y de soledad tan grande que literalmente no le permitía sostenerse en pie.

De este modo los síntomas empezaban a tener algún sentido al entenderlos como expresión de un gran malestar pero al mismo tiempo como búsqueda de otras alternativas más saludables.

### **Síntesis del estudio de capacidades emergentes**

#### **Sentido del humor**

Irónico y auto agresivo, desvalorizante con su persona.

### **Capacidad para el Juego**

Posee un pensamiento y una actitud lúdica, disfruta de desplazarse libremente por distintos espacios mentales, propensa a hacer combinaciones de ideas novedosas y creativas, siempre y cuando ello no genere demasiados cambios en el mundo exterior.

### **Capacidad para regular sus afectos**

Muy pobre. Accesos de angustia repentinos e inexplicados, síntomas somáticos repetidos en ocasión de pequeños desafíos o situaciones conflictivas, vividos como exigencias que desbordan su capacidad de procesamiento. Valora el ámbito terapéutico de manera privilegiada por encontrar en él las condiciones para transformar dichas sensaciones abrumadoras en estados mentales más calmos y satisfactorios.

### **Capacidad para ligar lo erótico con lo tierno y para la intimidad**

Área de gran frustración en su vida y a la que no encuentra modo de modificar. Ligada a una pareja con serias dificultades en estos sentidos, le resulta muy difícil autorizarse a sí misma a buscar cambios significativos en la cualidad de relacionamiento.

### **Capacidad para estar a solas**

Seramente comprometida, experimentaba sentimientos de vacío, desolación, desamparo y gran angustia cuando se encontraba sola. Ello le impedía desplegar sus intereses y favorecían la eclosión de síntomas somáticos.

### **Capacidad para tener experiencias nuevas**

Muy limitada. Aunque en su discurso aparecía con frecuencia esta necesidad, apenas la misma comenzaba a tomar una forma posible de ser vivida en el mundo compartido, la paciente se retraía y abandonaba su propósito. Aquí también se evidencia la imposibilidad de sostener una secuencia entre sus deseos y la efectiva búsqueda de su satisfacción.

### **Evolución**

Tamara continúa en tratamiento psicoterapéutico. Sus crisis de angustia son cada vez menos severas, y las manifestaciones somáticas más leves y espaciadas en el tiempo. Sin embargo, persiste la tendencia a desorganizarse o desmoronarse físicamente, necesitando cada tanto ante situaciones conflictivas y/o dolorosas, un momento de regresión o de repliegue, en el que permanece en cama por uno o dos días, hasta lograr recuperarse. Continúa procesando su posición en relación a sus deseos, pudiendo, paulatinamente, descubrir aspectos propios.

## CANDELA

### *Joven, Vieja o Bipolar*

#### **i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica**

Mujer de 26 años, soltera, se encuentra realizando su primer trabajo como profesional. Presenta angustia generalizada, sentimientos depresivos, manifestaciones psicosomáticas variadas.

Consulta luego de haber tenido dos tratamientos previos, en los que dice haber comprendido algunas cosas que la preocupaban pero **no** lograr cambios:

*“Faltaba algo más”.*

Me llama la atención cierta discordancia en su tono de voz tanto cuando pide el primer turno por teléfono como cuando llama por el portero eléctrico en la primera entrevista, pienso que es una persona mayor, una anciana. Me sorprendió ver a una joven entrando al consultorio.

#### ***Constitución familiar***

Es la mayor de 4 hermanas y al momento de la consulta convivía con tres de ellas en Córdoba. Es oriunda de una provincia vecina en donde viven sus padres y otros familiares a quienes visita con frecuencia.

#### ***Primeras entrevistas***

- *“No puedo manejar ningún problema. Soy una persona muy nerviosa. Al trabajo me lo tome muy a la tremenda. Tengo un jefe bastante complejo.*
- *Lo que **uno** está haciendo no es lo que **uno** creía que era.*
- *No quiero hacer nada, nada me gusta.*
- *Creo que **soy débil**. Tengo una historia de problemas de salud, intolerancia alimentaria, hemorroides, muy estreñida, ampollas en la boca.*
- *Me siento como anormal, no me interesa salir a bailar, buscar un novio. No sé lo que quiero. No puedo decidir por mí misma. Todo lo dudo.*
- *Me dedico mucho al trabajo y al estudio, pero no puedo disfrutar de otras cosas. Tampoco me siento bien con eso.*
- *Le escapo a los desafíos. Cuando tengo que exponer, (clase, presentación pública) me cuesta tanto! Mi forma de ser no es para eso... ¿seré para otra cosa?*
- *Me critican que siempre voy por las reglas y que no me cuestiono. Voy por donde debo, no por donde quiero.”*

## **ii. Diagnóstico según DSM IV**

### **EJE I F34.1 Trastorno distímico (300.4)**

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

### **EJE II F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)**

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

### **EJE III Enfermedades médicas**

Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93): hemorroides, colon irritable, constipación crónica

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90): Hipotiroidismo leve

**EJE IV Problemas psicosociales y ambientales.** Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Familia disfuncional.

## **EJE V Evaluación de la actividad global**

**55** Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).

### **iii. Diagnostico Psicoanalítico**

Neurosis de angustia. Neurosis actuales

Neurosis Histérica

### **iv. Capacidades Emergentes**

#### **Reflexiones iniciales - Estudio de diferentes capacidades**

Da la impresión de ser una joven que nunca se ha conectado seria, apasionadamente con sus deseos y necesidades, tampoco imagina que ella pueda generar las acciones específicas que le permitan satisfacerlos.

Se observa un predominio de **atrofia o inhibición en numerosas capacidades** que se describen a continuación:

- No ha desplegado la **capacidad de juego** en ningún área de su vida. Ello puede verse, entre otros aspectos, en que a pesar de haber accedido a una posición valorada en su ámbito profesional, no lo disfruta ni se anima a instaurar una actitud lúdica con su actividad, que muy bien podría prestarse para ello.
- No puede **sostener un conflicto**, pues mínimas situaciones problemáticas la desbordan y precipitan en estados depresivos y /o manifestaciones psicósomáticas.
- La capacidad de **estar a solas** tampoco parece estar desarrollada en lo cotidiano, ni siquiera en cosas tan básicas como disponer de su propia ropa, de sus espacios, su dinero o sus tiempos, todo ello manejado indistintamente por su madre y hermanas. Algo de esto también se refleja, por ejemplo, en su lenguaje ya que habitualmente usa el “**uno** tal cosa...”, pero dando a entender que se refiere a más de uno, que está hablando de ella y alguien más, **algunos, variados, no discriminados**.
- La sola posibilidad de **proponer** algo está seriamente dañada y a pesar de que le incomoda un poco seguir siempre las reglas, no logra transgredirlas lo suficiente para crear algo propio.
- Nunca tuvo una **relación amorosa**, la sexualidad en el marco de una relación de pareja no formal está prohibida por mandatos familiares y religiosos, los que no se propone cuestionar.

#### **Elemento positivo inicial**

El mismo estado angustioso que la desborda, mental y somáticamente, se transforma en el motor que propicia la elaboración de sus inhibiciones y síntomas.

## Estudio de algunas situaciones específicas

### *Entre lo Psicosomático y la Autoagresión manifiesta. Relato de una sesión.*

Candela llega un día diciendo que viene con actitud negativa: está con ampollas en la boca, cosa que le ocurre cada tanto y se siente muy molesta. No sabe a dónde consultar, todos le dicen “no haces nada para estar mejor”. Se sintió peor en el trabajo, parecía que se le agudizara el dolor y la incomodidad.

Percibo que la actitud negativa a la que se refirió es una mezcla de reclamo, fastidio y un darse por vencida, también en relación a la terapia: esto tampoco le iba a servir para cambiar nada. Está tan a disgusto, que se quiere ir de la sesión a los pocos minutos de haber llegado. Es un momento bastante crítico, siento la necesidad de ejercer cierta firmeza y le digo que no me parece lo mejor. En todo caso, si no está bien, vamos a hablar de lo que le pasa, para eso viene a terapia.

Empieza a llorar, dice que no sabe por qué se toma así lo que le sucede, que no sabe manejar sus propias cosas, que hoy le pasó de todo, estaba dolorida, le inhabilitaron el cajero automático y no pudo retirar dinero, se peleó con sus hermanas, etc., etc....

Le pido que piense que es lo más importante para ella de todo lo que me está contando.

Afirma sin dudarle que **las ampollas**, dice estar muy cansada de que siempre le salgan cuando está pasando algún “*momentos especial*”. Es preciso destacar que C. es una persona con muy poca tolerancia a los momentos especiales, su modo de vida se basa en gran parte en **evitar** justamente dichos momentos.

La invito a tratar de precisar **desde cuando** recuerda que tiene este tipo de síntomas. A medida que va contando, se la nota menos angustiada y más firme en sus expresiones.

Recuerda que a los 7 años le pusieron ortodoncia, igual que a sus primas, niñas que eran muy valoradas por su madre. Ella piensa que la ortodoncia, más que para ayudarla, le era impuesta por la admiración que su madre tenía por sus sobrinas y el deseo de que C. se les parezca. Lo peor de todo era que tenía que pasarse tardes enteras, durante muchos meses, en la sala de espera de la odontóloga hasta que esta “*se dignara a hacerla pasar para hacerle los ajustes. Estaba desde las 3 hasta las 8 de la noche, me llevaba los deberes y los hacía sentada en una silla. Fue un padecimiento tener esos aparatos. LOS ODIABA.*”

Le pedía a su madre que hablara para que no tuviera que estar allí todo ese tiempo, mientras las otras chicas se juntaban a jugar o iban a hacer otras actividades. Ésta nunca accedía pues decía que lo podían interpretar como pedido de un privilegio, debido a su apellido. (Conocido y con implicancias políticas en su pueblo). Le habían prohibido que ella misma se queje o que pida un cambio de hora por el mismo motivo.



Relata que cuando le empezaron a salir las ampollas, deciden llevarla a un médico, pero nunca encontraban la solución. ***“Me la comía solita”***.

A los 12 años todo fue empeorando *“En la adolescencia cuando todos empezaban a salir, yo tenía millones de complejos, (los dientes, la nariz, los pelos,...) Las cosas que tenía que solucionar mi mamá no lo hacía, solo era quejándose”*.<sup>43</sup> Yo me sentía el ser más horrible del mundo y ella me confirmaba que era anormal en todo....Por ejemplo, como mis primas y mi hermana menor menstruaron antes que yo, yo era la anormal”

*“Lo que más me molestaba es pasar las horas esperando. Me mordía siempre. Cuando me duermo me muerdo y me aparecen.”*<sup>44</sup>

Fue muy revelador para ambas, darnos cuenta que, lo que aparecía en principio como un síntoma somático, o en todo caso psicosomático (tenía toda la impresión que la paciente se había referido en otras oportunidades a las ampollas como herpéticas) se develaban como **auto producidas** al morderse.

La paciente *“lo supo siempre”* pero nunca tuvo conciencia de que se trataba de un acto en el que se condensaba su sensación de abrumadora impotencia con sus deseos imperiosos de hacer algo por sí misma. Hasta entonces las ampollas era algo *“que le pasaba”*, no *“que ella se hacía”*.

Pudimos ver juntas, que lo que C. sentía como más perturbador era la sensación de estar sujeta a una inmovilidad no deseada pero considerada como imposible de revertir: inserta en una familia, un trabajo, una sociedad en la que ella no se reconocía como activa ni con la posibilidad de cuestionar, rechazar o aceptar mandatos que la definían. Por supuesto, esto le impedía involucrarse o reclamar lo que consideraba justo, situación que se repetía casi textualmente en su trabajo en particular en aquellos momentos en que se sentía tan a disgusto y que posiblemente actualizó el acto de “morderse”. El ***“me la comía solita”*** adquirió así un sentido, que no solo posibilitó que este síntoma no se repitiera con la frecuencia abrumadora con la que lo hacía, sino que además sirvió para pensar – tramitar- empezar a transformar- aspectos esenciales de su funcionamiento mental.

### ***Evolución de las distintas capacidades contempladas a lo largo del tratamiento***

#### ***In- capacidad inicial para vivir experiencias nuevas.***

*“No estoy preocupada por cambiar”*

---

<sup>43</sup> “Solo era quejándose”. Expresión interesante referida a la madre. También podría aplicarse a ella, en general le costaba salir de la queja y ser efectivamente alguien

<sup>44</sup> “Lo que más me molestaba es pasar las horas esperando” Conjugación de verbos aparentemente errónea, pasado- presente, expresión de un funcionamiento inconsciente que habla de la actualidad de dichas vivencias.

*“No quiero salir porque implica hacer cosas que no sé hacer”*

*“No me tome vacaciones porque no sé qué hacer”*

***In- capacidad inicial de ser propositivo y no solo responsivo. Sentido de “Agencia propia”.***

En relación al trabajo: *“Durante tres días no hice nada, no siento un control. Es como si no me importara nada. Parece que a ellos, (sus jefes) no les preocupa”*

Evidencia que no puede discriminar- **sus propios deseos** de hacer algo con el control que siente que los demás tienen, o no, sobre ella. Es como si hubiera homologado **“control”** a interés por su persona y sus propuestas.

En relación a un trabajo de profesional en el que está embarcada:

*“No tiene nada mío”*

*“¿Por qué lo tengo que terminar, porque que lo tengo que hacer si no me interesa?!”*

*“Quizás sí tiene de mí y yo no lo puedo ver.”*

**Empiezan a surgir algunos cambios**

***Comienza a emerger su necesidad de encontrar-se en lo que está haciendo – vivir, tener experiencias.***

*“El viernes salí, con mi hermana, mi primo y M. Es la primera vez que me pasa. Yo no sabía cómo iba a actuar, no tenía todo resuelto como otras veces.”*

*“Esta vez me entere de la posibilidad de una beca para un congreso en el extranjero y mandé la solicitud, no le avise nada a mi jefe, sabía que no le iba a gustar que me fuera. Ya veré como los convenceré... quiero ir”.*

*“Cuando presenté mi trabajo me dijeron que por primera vez se notaba que disfrutaba de lo que estaba haciendo y de mostrarlo” “Es cierto, esta vez sí fueron producciones mías, cosas que se me fueron ocurriendo”*

***Capacidad para sostener un conflicto- o la paradoja- y no anularlo***

***A través de la transferencia***

Estuvo hablando con un cura, que a la vez hizo de psicólogo. Le contó que sentía bronca hacia sus padres y que eso le causaba mucha culpa. Respuesta del cura *“¿Cómo puede ser que un año y medio de terapia y no lo hayas podido solucionar!?”*

Insatisfacción, pedidos *“para que me diga (la terapeuta) que es ¿me tiene que haber pasado algo con mis papás, un hecho en particular”!*

Percibo una **exigencia de exactitud y resolución** que tiende más a paralizar que a permitir continuar pensando. La invito a explorar lo que está sintiendo en relación a estas demandas. Surge lo siguiente:

*“Siento bronca, enojo, tristeza. Me escondo detrás de eso. Es una mezcla de cosas.”*

*“Tengo la necesidad de justificarme, no sé de qué”.*

*“Serán debilidades mías, es la sensación de que yo no sea capaz de hacer algo, de una falla de mi parte. Por ahí siento que la gente pone muchas expectativas en mí, en como soy.”*

*“Para mis papás nunca me podía ir mal. No me podía equivocar. La gente te ve tan perfectita, como me ha molestado eso... Siempre sentí que estaban pendientes de que hiciera algo mal para señalarlo”*

Trabajamos su propia exigencia de perfección, tanto hacia sí misma como para con los demás, sus padres, yo misma. La sensación de impotencia y de falta de control parece que contribuye generar esos sentimientos de odio, que a su vez le generan tanta culpa y auto reproches.

Poder tolerar las debilidades, propias y ajenas y poder sostener las dudas e incertidumbres que van apareciendo (capacidad negativa según Bion) le permitiría **sostener un conflicto** hasta que el mismo pudiera resolverse, generando las condiciones- dentro de sus posibilidades- para que ello ocurra.

### ***Capacidad de Reconocimiento, Expresión y Regulación de las Emociones.***

*Breve estudio de su génesis y de su modificación a través de indicadores clínicos.*

Candela cuenta que no acostumbra conversar lo que le pasa con nadie, ni siquiera con sus mejores amigas. Últimamente está volviendo *“muy movilizada”* de las sesiones y sus hermanas le preguntaron si eso le hacía bien. *“No sé que responder”*. Su familia cree que ella se inventa los problemas, que se toma todos los temas demasiado a pecho. Eso la hace sentir culpable.

*“Salgo de aquí y tengo que volver a acomodarme allí y que ellos acepten esta nueva forma mía. Todo lo que me dicen me hiere, estoy muy sensible. Me la paso llorando, con dolor de cabeza”*

Al mismo tiempo, dice darse cuenta de que tiene muchas cosas por solucionar o por acomodar, aunque ella **no** se considera loca, hay cosas que no están bien, que la hacen sentir angustiada...

*“Darme cuenta que intento ser el varón que otros pretendían que yo sea, que intentaba agradar a todo el mundo... son como muy gordas, es tanto lo que tengo que solucionar”*

*“Creo que formé una coraza, no expresaba los sentimientos, tendía a no mostrar cuando estaba mal o bien. Ahora la gente cada vez lo percibe más, lo nota. Me siento desnuda. No quiero ir a mi casa, no quiero quedarme sola. ¿Con que me cubro para no ser un mar de lágrimas?”.*

Paciente que se está conectando con su mundo afectivo y representacional, el que estuvo en parte escindido y en parte reprimido, durante gran parte de su vida. Podría decirse que **un falso self patológico y ciertas defensas obsesivas**, se están resquebrajando y aún no cuenta con una cobertura que le permita relacionarse de una manera menos “vulnerable”.

Dicha conexión le produce por momentos una sensación de “locura”, solo que recién advierte que cierta dosis de locura es necesaria para sentirse viva<sup>45</sup>. Parte de ello comienza a ser representado y ligado psíquicamente.

La capacidad de regulación emocional se veía seriamente dañada en esta paciente. Sabemos que la misma se va gestando en interacción del bebe con los padres, espacio de transformación de los afectos a través del entonamiento y otras modalidades de “hetero regulación”, que luego el niño va interiorizando como un funcionamiento mental propio. En coincidencia con lo antes expresado, Antonino Ferro describe cómo en el trabajo terapéutico se tiende a facilitar micro transformaciones de proto- emociones, sensaciones, pensamientos e impulsos para que luego puedan ser usados de manera “saludable” por la persona.

Estos conceptos pueden comprenderse mejor en el siguiente **relato de una situación cotidiana**:

En una ocasión cuenta un episodio en el que decidió irse de una reunión familiar, pues se sintió muy afectada y con deseos de llorar: una tía, con la que había tenido una relación muy cercana durante muchos años de su infancia y adolescencia, está muy disgustada con ella y no la saludó. Se sintió muy mal y no sabe si la terapia le sirve. Ella viene para poder manejar, **más bien evitar**, este tipo de respuesta emocional y no lo está pudiendo hacer.

Su madre, después de ese episodio, no le habla en toda la semana (suele hacerlo dos y hasta 3 veces por día) *“no sabe qué hacer cuando yo me pongo así y cree que si no hablamos de esos temas, es mejor”*.

Es claro como Candela no fue asistida en el desarrollo de la capacidad de regulación emocional y en el desarrollo de recursos para poder tolerar, y eventualmente, resolver situaciones conflictivas: si bien recuerda haber sido la confidente de su madre en todo tipo de problemas personales, incluido detalles de la relación con su padre, sin embargo no parece haber tenido la experiencia de haber sido ayudada a regular sus propias emociones, más que para hacerlas desaparecer, por inoportunas.

Incluso en relación con emociones positivas, como la alegría, sentirse contenta o divertida, le resulta *“raro o incómodo”*, reconocerse de ese modo.

---

<sup>45</sup> RR, Sonatina Actualidad Psicológica La locura N° 359 - Diciembre del 2007

Estos aspectos fueron privilegiados en el trabajo con la paciente y lo que sigue refleja una evolución favorable en los mismos.

En una de las últimas sesiones, llega diciendo que hace un cierto tiempo se siente rara cuando viene a terapia. Tiene muchas cosas de las que hablar, está teniendo nuevas experiencias, está saliendo con alguien, tiene y quiere mostrar sus producciones en el trabajo, planificar vacaciones, etc. Sin embargo no se siente abrumada por ninguna de estas cosas. Incluso, los otros días necesitaba mucho venir para “descargar” ciertas cosas que le habían pasado, pero se dio cuenta de que a medida que pasaban las horas pudo ir pensando ella sola ciertas alternativas y que finalmente encontró una posibilidad que la dejaba tranquila, de modo que cuando hoy finalmente nos vimos, ya no estaba tan angustiada.

### ***Joven, Vieja o Bipolar***

#### ***Trabajos de la niñez, trabajos de la adolescencia, trabajos de la juventud...<sup>46</sup>***

Viene a una sesión muy preocupada pues sus hermanas le dijeron que “*tal vez era Bipolar: ¿cómo podía ser que cambie de estados de ánimos con semejante facilidad?!?*”

Me cuenta que los últimos días se sintió más despreocupada, como más liviana, salió a hacer unas compras con su primo y una de sus hermanas y todo le causaba gracia, se largo a reír por una pavada en la verdulería. Como los chicos. “*Me miraban como diciendo ¿estás loca Cande?!?*”

Ese mismo día, se puso a ver una película, y no pudo parar de llorar desde que empezó hasta que finalizó. Le costó varias horas poder tranquilizarse. Se pregunta a sí misma, “*¿cómo puede ser que por una película me ponga así?, esas reacciones no son normales*”

Le pregunté qué película estuvo viendo.

“*El curioso caso de Benjamín Button, con Brad Pitt*”.

Película que cuenta una situación ficcional en el que una persona nace vieja y se va convirtiendo en joven a medida que va pasando el tiempo.

Le hago notar que no es una película cualquiera. Le cuento la impresión que tuve cuando la conocí y la discrepancia que note entre su voz que me pareció que era la de una persona mucho mayor y su edad (26 años en ese momento).

Conversamos sobre su **sensación de ir transformándose en alguien más joven, en su sensación de no haber sido niña nunca** y de que ahora se permitía reírse de tonterías y divertirse con cosas simples, sin sentirse agobiada por preocupaciones, en general, ajenas.

---

<sup>46</sup> Trabajos en alusión a Bases Teóricas y Conceptuales, Ricardo Rodulfo, Emergencia de los trabajos mentales y su metamorfosis a lo largo de la vida

Siempre asumió lo que se pidió de ella, tratando de ser la madre de su propia madre y de sus hermanas y asumiendo como propios lo que ella interpretaba de los deseos ajenos. Ahora que está experimentando, casi por primera vez, su propia espontaneidad, que a veces se permite ciertos impulsos, se siente extraña. *¿Sera bipolar?*

### ***Inventar – Desear- Crear- Experimentar***

Uno de los **momentos más críticos** en el tratamiento sucedió cuando al regreso de unas vacaciones la paciente cuenta que pasó la mayor parte del verano, encerrada en su casa sin nada que hacer. Con una mezcla de angustia, reproche y resignación, me transmite la impresión que se quedó esperando a que sucediera algo en el tratamiento que produjera el o los cambios que ella necesitaba. ***“Que voy a hacer yo, si no tengo vida propia, no la voy a inventar”***. Me sorprende a mi misma diciéndole, supongo que en un tono algo enérgico y para nada complaciente, que tal vez sí, que tal vez se trate de eso, de que ella ***se va a tener que inventar***, crearse una vida. Que otro no lo puede hacer por ella, tampoco yo puedo hacerlo. Además a ella no le complacería. Intervención que tuvo un efecto dinamizador y a la que volvimos muchas veces en ocasión de propuestas activas que empezaron a surgir y a sostenerse en el tiempo.

### ***Algunas Reflexiones a Modo de Síntesis***

La incapacidad de tener experiencias propias surgía como el principal problema, aplicado a todas las aéreas de su vida.

Mi impresión inicial de escuchar la voz de una anciana, que solo luego de muchos meses de tratamiento pudo ser comprendida, interroga acerca de lo que puede significar ser joven o viejo, más allá de la edad cronológica.

Esta “joven”, de 26 años, se quejaba de ***“no tener experiencia en...”*** diversos temas, todos importantes.

Además de una gran represión de la sexualidad, que estaba ahogando su vida, generando una sensación de angustia generalizada encontramos **un funcionamiento mental que no incluía la apropiación del propio desear como regulador, motivador, conductor y dador de sentido a la propia existencia**. No se trataba de la represión de un deseo puntual sino de la no construcción, sobre todo en la adolescencia, de experiencias en las que ella misma, su deseo, su sentido de la agencia, su capacidad de juego, estuvieran involucradas.

Con los avances del tratamiento, la paciente está en camino de apropiarse de su subjetividad con la complejidad que ello acarrea.

**SANDRA**

*“Siempre estuve tan llena de muerte, que la vida no tenía cabida. Solo pensaba en sobrevivir.”*

**i. Breve descripción de la paciente y de su situación clínica**

Mujer de 51 años, docente, profesora de literatura.

Consulta cuando empieza a mejorar de un episodio ¿“depresivo”? ¿deliroide? , difícil de caracterizar, que ella cuenta de una manera un tanto confusa y en la que debo insistir en varias oportunidades para tratar de entender que pasó: sobre un fondo de angustia generalizada no se sentía capaz de hacer nada, ni siquiera podía levantarse de la cama y debió ser asistida en aspectos cotidianos como prepararse la comida, aseo personal, etc. Tuvo que dejar uno de sus trabajos y pasar a categoría pasiva en otro. Su discurso, muy verborrágico, tenía un cierto tinte paranoide y levemente desorganizado.

Realizó un tratamiento psiquiátrico sin obtener mejoría y ante la sugerencia del médico que la atendía de utilizar litio y de una posible internación, decidió cambiar de profesional. Buscó a un neurólogo que atendió a su madre y en quien ella había depositado máxima confianza. Se sintió muy contenida afectivamente y pudo ser estabilizada con fármacos antipsicóticos y antidepressivos logrando superar las manifestaciones más acuciantes (levantarse de la cama y retomar algunas actividades básicas) y luego ella misma pidió que se le recomendara alguien con quien hacer psicoterapia.

**ii. Diagnóstico según DSM IV**

**Eje I** F25.x Trastorno esquizoafectivo (295.70)

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados. C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

**EJE II** F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos:

1. evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

**EJE III** No presenta

**EJE IV** Problemas relativos al grupo primario de apoyo y al ambiente social

**EJE V** 31 Alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo

### **iii. Diagnóstico según el Psicoanálisis**

Neurosis de angustia /Psico – Neurosis Narcisista

#### ***Constitución familiar***

Al momento de la consulta vivía con su madre anciana, enferma, a quien atendía en forma permanente. Tenía una hermana 10 años menor, casada, sin niños. Su padre había muerto hace pocos años y ella nunca tuvo relaciones de pareja, salvo un breve noviazgo a los 16 años.

#### ***La expresión de sus dificultades. Algunas representaciones familiares***

Dice refiriéndose a **ella y a su hermana**: “*Estamos castradas por mandatos familiares. Nunca fuimos pobres pero vivimos bajo un gran terror a la indigencia y a la pobreza. La familia de mi madre era muy adinerada, no venimos de una pobreza real sino de un profundo egoísmo. Comencé a trabajar a los 12 años 9 horas por día, el lema familiar era 'los hombres se forman en el trabajo'*”

**Su padre** enfermó de asma al año de casarse y presentó crisis severas toda su vida. Sandra expresó que en su familia se vivió siempre con el temor a su muerte inminente.

Sentía que la relación con **su madre** fue fría en extremo. La describió como una persona muy hábil y dinámica que podía manipular a la gente para que terminara haciendo lo que ella quería. “*Tiene un poder tan grande para manejar a la gente, es tan sutil. Para todos es*



divina” *“Daba 50 órdenes al mismo tiempo y esperaba que se cumplieran sin discusión.”* Recuerda con una mezcla de emociones difícil de descifrar- dolor-odio y un temor reverencial- una expresión de su madre cuando ella, a los seis años, se negó a obedecerla: *“yo te hice, yo te voy a destruir”*

Siempre se sintió una “adulta”, que se esperaba que lo comprenda todo y que no “moleste”, tampoco se toleraban equivocaciones. En una ocasión surge, con sorpresa, el pensamiento de que no recuerda haber roto un vaso o un plato de pequeña. Cree que en su casa **no se consideraba la posibilidad de que un niño jugara.**

#### **iv. Estudio de las Capacidades Emergentes**

##### ***Procesamiento de Imágenes. Capacidad de metabolizar experiencias- mentalizar-***

*“Cuando surge la TV en Argentina, mamá decretó que no haya TV en mi casa. Recién a los 18 o 19 años tuve contacto por primera vez. Todo debía ser lectura, música clásica. Se controlaban mucho las imágenes. No estoy acostumbrada a ver películas. Hay imágenes que no las entiendo, no las puedo tolerar.” “No se colocar un video, un microondas, no logro hacer una nota en la computadora. Reconozco que todo eso me lleva a un aislamiento y a una desactualización. La gente se pregunta si soy tonta o débil mental.”*

##### **Movimiento**

Se recuerda pasiva (físicamente) en la niñez salvo en unos pocos años de la secundaria en los que disfrutó haciendo deportes, lo que le valió el reconocimiento de sus profesores por sus habilidades y disposición. Es interesante destacar que estos últimos recuerdos, en relación a la breve etapa de su vida en la que **“descubrió el placer de moverse”**, surgieron en un momento de la terapia en el que ella comenzaba a generar cambios importantes en su vida.

##### **Intentos de Expresión**

*“A los 37 años empecé a dibujar, pero venía el tema de la burla, mi mamá se reía, decía que yo no tenía aptitud natural para el dibujo. De modo que trataba de que no vieran lo que hacía. Encontré una profesora que me enseñaba, muy medida, solo unas pocas observaciones. Nunca nadie más miro lo que hice. Lo tengo guardado en una carpeta”*

Se pregunta y me pregunta a su vez, **que es** la inteligencia:

*“¿Soy tonta, que tipo de inteligencia tengo, como funciona?”*

*“Cuando tuve que resolver problemas, sobreviví como pude. Tengo una pavorosa intuición. Miro el rostro de una persona y eso me dice algo. No me equivoco.”*

## Soledad / Aislamiento

*“Fui muy poco rebelde, en todo caso la rebeldía fue para adentro, no para afuera. La lectura, estar apartada de todos, la mejor compañía fue la soledad.” “En mi trabajo durante muchos años no me conocían la voz. Nunca daba una opinión en las reuniones, menos de algo personal”*

Podría pensarse que estar a solas no incluía la posibilidad de actualizar el recuerdo de un sostén, placentero y nutricional de “estar con otros” <sup>47</sup> sino más bien que implicaba la construcción de una fortaleza que la protegiera de lo intrusivo del ambiente.

En momentos en los que la salud de la madre se estaba deteriorando, anticipando la posibilidad de su muerte, Sandra comenzó a referirse a sus proyectos para cuando se encontrara sola. Proyectaba ir a vivir a un convento: *“Sería muy bueno, tranquilo, silencioso. NO tengo otras opciones. Yo soy una persona que nunca he podido armar una estructura. No puedo vivir sola. Siento que me derrumbo. Necesito algo que me brinde esa estructura que me falta, un lugar sólido, seguro, sino siento que voy a deambular sin rumbo fijo”*

## Transferencia

Los afectos se expresaban - y se intercambiaban- en un registro predominantemente sensorial que recuerdan la percepción amodal descrita por Stern en su descripción del “Si mismo emergente”. <sup>48</sup>

El tono, la intensidad, la calidez, la distancia corporal, era lo que importaban dando algún sentido a un discurso que de otro modo aparecía como un tanto bizarro o in-conexo.

*“En mi juega mucho el tono de voz. En la directora todo es orden y obligación. No me pasa ni un vaso de agua cuando estoy con ella. Ud. tiene un tono de voz muy suave, a mí me bloquea un tono de voz imperativo. Si llega a nevar yo no tengo el tanque (de combustible) arreglado. Tengo un terrible miedo, pavoroso, al frío.”*

Lo expresado más arriba como “pavorosa intuición” “mirar el rostro de la gente para saber...”, además de la posible proyección de sus propias representaciones, parecía ser una aptitud o capacidad vigente, tal como suele verse en un bebé o en un niño muy pequeño y que lleva a los adultos a decir “él se da cuenta de todo”. Es como si el papel de espejo del rostro de la madre, descrito por Winnicott (1971), se hubiera tornado una función defensiva que le posibilitaba sostener una mínima conexión con el mundo humano preservándola de un aislamiento más absoluto.

---

<sup>47</sup> Bases Teóricas y Conceptuales. Rodolfo, Stern, Winnicott

<sup>48</sup> Bases Teóricas y Conceptuales. Stern

Me llama la atención la claridad con la que puede referirse a su mundo interno, la transparencia en sus expresiones y la libre circulación de sus afectos y representaciones.

*“Yo la amo a Ud., todo lo que es Ud. está en consonancia conmigo. También al Dr. X, (quien la derivó a este tratamiento) siento un gran amor por él”. “Sigo viniendo aquí con mucho gusto. No me importa el gasto. Creo que Ud. es un modelo ideal para mí, encontré el referente que quería. En otra oportunidad tuve una psiquiatra que me dijo -eso de la cultura no existe, no busque cultura. Tiñase el pelo, píntese y algunas otras vulgaridades. En cambio todo su estilo está en mi frecuencia: su forma de vestir, la forma de hablar, el lugar.”*

De igual modo, cuando necesitó poner distancia intentando volver a un asilamiento que le brindara protección expresó lo siguiente: *–“Quiero que me ayude a hacer un blindaje”*- también los aspectos del encuadre fueron los encargados de reflejar su malestar: *“No soporto la gente que corta flores para ponerlas en un jarrón, se vulnera la naturaleza al sacarla de su espacio, tampoco la que usa adornos de fantasía ni colores fuertes”*.

### **Estudio de las capacidades**

Paciente interesante. Una mujer *“sin cultura psicoanalítica”* solicita un tratamiento justo cuando se siente un poco más estabilizada de un episodio que parecía conducir a un derrumbe. Interesan sus posibilidades, en un momento muy crítico de su vida, de buscar hasta encontrar quien pudiera ayudarla. Fluidez en las fronteras psíquicas, capacidad de auto observación, de captar y traducir en palabras sus estados mentales, siempre que hubiera alguien que pudiera escucharla sin ser intrusivo. Sensibilidad extrema tanto a la cercanía como al alejamiento de las personas que la rodeaban, parecía ser muy consciente de su gran permeabilidad a los intercambios.

La represión no aparece como un mecanismo de defensa principal, más bien es su relajamiento lo que le da un tinte especial a su discurso y a su funcionamiento psíquico. De manera similar, Sandra parecía no contar con un *“falso self saludable”*, en el sentido de no tener recursos suficientes que le permitieran conectarse con las personas sin exponerse excesiva e indiscriminadamente.

Sin embargo, es esta modalidad la que parece ser justamente la responsable de que se logre un contacto transferencial tan intenso, en el cual cada aspecto del encuadre- palabra – gesto- actitud, tuvo un efecto privilegiado en la paciente.

Extrema sensibilidad e inestabilidad yoica, con disposición y plasticidad a ciertos cambios.

### ***Evolución (modificaciones – desarrollos) de capacidades observadas durante el tratamiento***

Sandra estuvo en tratamiento por poco más de dos años.

Durante el mismo mis intervenciones verbales fueron acotadas, siguiendo muy de cerca la capacidad de la paciente de receptarlas: **cada palabra** tenía un impacto altamente significativo, lo que obligó a privilegiar el respeto de su- limitada- capacidad para metabolizar lo que se le proponía.

Se evidenciaron algunos cambios que fueron muy valorados por la paciente y que daban cuenta de su capacidad de encontrar un equilibrio más saludable.

Por ejemplo, por primera vez en su vida, a los 51 años, comenzó a resistirse a ciertos mandatos. También pudo, más tarde, irse a vivir sola y disfrutarlo.

*“Esta mañana mi mamá me dio tres órdenes a la vez: abrí la ventana, ayúdame a hacer pis y tráeme un vaso de agua. Imagínese 40 años atrás. Recién ahora, a los 51 años, pude decirle por primera vez: “vamos por parte”. Esta terapia, la verdad, no sé si es para reír o para llorar.”*

Al mismo tiempo, comenzó a mostrar y a compartir, de una manera inédita, su mundo interno, pudiendo regular los intercambios con las personas de una manera más plástica y enriquecedora. Una muestra de ello es la manera en la que cambió su desempeño profesional: confinada como docente a tareas pasivas, en las que se sentía desvalorizada por sus pares y por ella misma repitiendo un patrón de sumisión estéril, empezó a producir una sutil pero firme transformación. Luego de traer sus dibujos a sesión, aquellos que nadie había visto nunca, decidió que los iba a llevar a la biblioteca de su escuela para decorar sus paredes. Ese fue el inicio de la “apropiación” de un espacio, olvidado y casi sin uso, transformándolo en un lugar en el que se fue relacionando con los niños de una manera sorprendentemente viva: no solo sus propios dibujos, llevo también colores, hojas y pizarrones para que los pequeños usen como quisieran, puso música de diverso tipo que a veces elegía ella y otra pedían los alumnos, facilitó el intercambio de libros de cuentos y se puso a disposición para buscar el material de estudio según las necesidades que los chicos le explicaban en cada caso. En definitiva, la biblioteca se transformó en el lugar al que los alumnos iban corriendo en los recreos y del que no querían salir para volver a clase.

La imagen de sí misma estaba cambiando, “las tareas pasivas” se convirtieron en tareas creativas y todo ello daba cuenta de cómo comenzaba a delimitar su self sin necesitar acudir al aislamiento extremo. Respetar su intuición, defender su “propuesta” aun cuando otros la atacaran, sentir que estaba viva, configuraban sus nuevas experiencias.

El siguiente, fue uno de sus últimos comentarios antes de despedirse, dejándome como regalo uno de sus bocetos: *“Siento que siempre estuve tan llena de muerte, que la vida no tenía cabida. Solo pensaba en sobrevivir. De pronto, como vomitado desde las entrañas, ... yo me pregunto por primera vez estas cosas”*.

## HISTORIA DE MAGUI Y SU FAMILIA

*Lo recursivo: Entre lo inter y lo intrasubjetivo.*

### **i. Breve descripción del paciente y de su situación clínica**

Una pareja consulta por la pequeña Magui, una niña de 2 años adoptada a los 7 meses. Además son padres adoptivos de Gastón, un niño de 4 años al momento de la consulta.

Explican lo siguiente en una primera entrevista:

*“Es muy activa; se cayó de una escalera, tuvo una quebradura. Trepa, salta, se tira. Comienza a caminar y no para más, no le importa a donde estamos nosotros. No encontramos la forma de frenarla sin excedernos. Llorisquee todo el tiempo. Estamos muy angustiados”*

### **Antecedentes**

Pareja que no podía concebir hijos biológicos por lo que realizó los trámites legales para adoptar un niño. Luego de esperar varios años llegó Gastón, quien les fue entregado por su madre biológica a las pocas horas de nacer. Como ellos deseaban tener otro hijo continuaron anotados para volver a adoptar, suponiendo que pasarían nuevamente varios años antes de que se concretara. Tal vez por eso, cuando desde el Juzgado les avisaron de la llegada de Magui, una bebe de 7 meses, sintieron que fue todo muy precipitado y abrupto:

*“Nos avisaron un martes al mediodía que el miércoles la teníamos que retirar, saqué ropa y medio a las apuradas hice un lugar en el placar”*

### **Disposición emocional de la pareja parental en el arribo de Magui. Constelación Maternal Primaria**

Cuando Magui llegó los padres estaban centrados prioritariamente en la crianza de su primer hijo, Gastón, y habían dejado mentalmente en suspenso, la espera de otro bebé. Por lo tanto, la pareja no había desarrollado una disposición emocional con la sensibilidad necesaria para recibir a un nuevo hijo. Sin embargo, esto no debía ser confundido con una falta de deseo.<sup>49</sup>

Los primeros contactos fueron angustiantes y lo expresaban de la siguiente manera:

*“Tenía siete meses cuando llegó a casa, pesaba 5 kilos, nos dijeron que era prematura pero no hay muchos datos. Nos leían el legajo pero yo no quería escuchar, era dolorosísimo.”*

---

<sup>49</sup> Stern en El mundo interpersonal del infante( 1985). Describe con agudeza los profundos cambios que ocurren en la mente de la mujer - *constelación maternal primaria* - cuando espera un hijo y como los mismos transforman su sensibilidad, su identidad femenina y sus prioridades. Considero de gran importancia investigar qué y cómo estas modificaciones ocurren cuando la espera es de un hijo adoptivo y hacer extensiva la investigación a los cambios presentes, también, en el padre.

*“Cuando la trajimos se movía muchísimo, no fijaba la atención en nada, no se dejaba tocar”.*

Explicaban que desde que llegó a lo que sería su hogar, a pesar de los intentos genuinos de los padres por acercarse, Magui los evitaba retirando su cuerpo, extendiendo su manito, tirándose de la cuna o desplazándose a su antojo sin prestar atención en ellos apenas empezó a caminar. Expresaron desde un principio que ambos preferían desconocer lo que la nena había vivido “antes” y optaron por centrarse en la relación actual. Sin embargo no entendían porque esta bebé, a diferencia de su otro hijo, también adoptado, casi no los miraba, lloriqueaba todo el día, no paraba de moverse, no aceptaba ser consolada si se golpeaba ni que la acunaran para hacerla dormir, ni tampoco por qué insistía en tomar todo por su cuenta sin atinar a pedirles nunca ayuda.

#### **Diagnóstico según DSM IV**

**EJE I** Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89) CIE-10

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad 1. incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría) 2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo. C. La crianza patogénica 1. Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño, cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza).

**EJE II** No presenta

**EJE III** Prematurez – ¿Desnutrición?

**EJE VI** No presenta

**EJE V** 41 Síntomas graves

#### **ii. Diagnóstico según el Psicoanálisis**

¿.....?

### iii. Capacidades Emergentes

#### *Construyendo un diagnóstico con los padres*

Parte del tratamiento consistió en ayudar a la pareja parental a tolerar el dolor de contactarse con la historia de la pequeña. Solo así se permitieron conocer que había sido retirada de su madre biológica al mes de vida por violencia familiar y que luego vivió en un hogar de transito hasta que ellos la retiraron. En esos siete meses, estuvo a cargo de personal que **rotaba tres veces por día** de lunes a viernes y los fines de semana **diferentes voluntarios** la llevaban con sus familias, vinculándose cada uno con la niña, por cierto, con su singular manera.

Conectarse con esta información, nos permitió entender que la pequeña había desarrollado un tipo de **Apego Inseguro Evitativo**, o posiblemente **Ambivalente**, producto del tipo de vinculaciones con múltiples personas que la sobreestimulaban y luego la dejaban, sin posibilitarle una experiencia de continuidad ni de confianza en algún referente privilegiado.

Si a ello se le agrega el desconcierto y relativa falta de disponibilidad de Majo y Pedro ante su “abrupta” llegada, se daban las condiciones para la instauración de un *feed back* negativo, en el que los padres adoptantes al no sentirse reconocidos como tales por la bebé, insistían en un contacto que la niña no toleraba, lo que incrementaba la inquietud y ansiedad de Magui que los rechazaba cada vez más. Ello, a su vez, aumentaba la frustración, el enojo y la culpa de los padres, en particular en la madre, quien lo expresaba claramente:

*“Busco todas las formas posibles de acercarme y no me deja, creo que no soy la mamá que ella necesita, me da mucha culpa.”*

Cuando esto pudo ser formulado, las entrevistas pudieron centrarse en explicar a los padres que la nena no parecía rechazarlos a ellos, sino que más bien necesitaba su tiempo para establecer una relación de confianza con dos personas con las que no tenía expectativas diferentes a lo que ella había vivido hasta el momento: podrían dejarla en un rato y venir otros a llevarla como había pasado hasta entonces, subirla, bajarla, manipularla, hablarle hasta el hartazgo o no pronunciar palabra, sin conocer sus tiempos, sus ritmos, sus preferencias. Por otro lado, ellos mismos estaban con una disposición de ánimo que no era la óptima para recibir a un bebé recién nacido y menos para una niña de siete meses con dificultades tan severas, para las que no se habían, ni se los había preparado. En el Juzgado tan solo les habían aconsejado **“cuidenla y quieranla mucho”**. Pero **¿Cómo querer y cuidar a un bebé que no permite que lo toquen?!**

### ***Comienzan a adecuarse las capacidades parentales a las necesidades y características de Magui.***

Rápidamente se fue modificando el clima emocional de la crianza, de modo tal que los padres pudieron acoger los pequeños pero significativos indicadores de aceptación que la niña empezaba a ofrecer. Cuando se les sugirió, por ejemplo, que le ofrecieran a Magui algún objeto de los padres a la hora de dormir, ya que la nena no aceptaba su presencia directa y le costaba mucho conciliar el sueño, fue una grata sorpresa para ambos que la pequeña aceptara el ofrecimiento y además, que eligiera unas botas de la mamá que puso al lado de su cama luego de haber metido sus zapatitos adentro. Daba cuenta, de este modo, que empezaban a surgir algunos *fenómenos transicionales*<sup>50</sup> en los que claramente la pequeña expresaba su deseo de ser cobijada y la aceptación, precaria, incipiente, de estas personas como sus posibles padres. De esta manera se pudo continuar generando una ligazón emocional que los comenzó a conformar como padres e hija.

### **Evolución**

Magui disminuyó notoriamente su hiperactividad, no volviendo a experimentar situaciones que pusieran en peligro su vida. La relación con su madre se fue tornando cada vez mas afectiva y la nena pudo al principio tolerar y luego buscar el contacto corporal como modo de encuentro afectivo y de consuelo y regulación emocional. Su desarrollo cognitivo es optimo y su socialización en el jardín de infantes no presenta dificultades 2 años después de la consulta inicial.

### **Desarrollo de Capacidades**

En esta breve historia, puede estudiarse el desarrollo de la capacidad para regular las emociones, para estar con otros y para estar a solas.

Puede observarse que esta pequeña bebé en los primeros siete meses de su vida, no pudo desarrollar una representación mental coherente y estable de otro humano significativo. No tuvo como generar un sentimiento de confianza en una figura de apego que la amparara y ayudara a organizar los Modelos Operativos Internos ni con que generar una memoria de

---

<sup>50</sup> Winnicott D 1971 Objetos y fenómenos transicionales



Representaciones Interactivas Actuadas no caótica que le permitiera hilvanar sus experiencias y dar sensación de continuidad a su vida.<sup>51</sup>

Por lo tanto no estaban dadas las condiciones para que pudiera “**estar con otros**”, desde el punto de vista del Si mismo Nuclear ni Intersubjetivo<sup>52</sup>. Algunas de esas capacidades en potencia, debieron empezar a desarrollarse a los siete meses de vida, otras a los 2 años y no desde el nacimiento como hubiera sido en un contexto más saludable. Sin embargo, las experiencias vividas, distorsionantes de estas capacidades, debían ser tenidas en cuenta para no avasallar lo que hasta ese momento constituía el self de la niña.

---

<sup>51</sup> Bleichmar Emilce Capitulo de Apego Modelos Operativos Internos representaciones, mapas cognitivos, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Representaciones interactivas actuadas, archivadas en términos de memoria de acción

<sup>52</sup> Stern D. Bases teóricas en este trabajo.

### CONSTITUCIÓN SUBJETIVA TEMPRANA

En los últimos años se produjo un cambio revolucionario en los paradigmas desde los cuáles se visualiza el desarrollo psico-emocional y en diversos ámbitos científicos se observan esfuerzos por integrar nuevos conocimientos mientras se rescata lo valioso de las antiguas teorías, despojadas ya de muchas de las cargas míticas que detenían su revisión y sus avances.

Es así como las teorías del desarrollo adultomórficas y patocéntricas (basadas en vivencias de adultos con serias patologías de los cuales se infería el desarrollo infantil normal) están dando paso a observaciones que parten del bebé y del niño sano a partir de las que se trata de deducir sus probables experiencias subjetivas. Estos aportes, desafiantes en su concepción, permiten reconocer la emergencia y el desarrollo de distintas capacidades humanas y su metamorfosis a lo largo de la vida.

De este modo han crecido las evidencias del apasionante interjuego entre las capacidades heredadas y los aportes del medio en todas sus dimensiones, dejando a la vista una enorme complejidad en la que infinitas variables van influyendo de manera diversa, regulándose mutuamente y sin que se pueda fijar con certezas y de antemano sus resultados.

Gran parte de las capacidades mentales en la especie humana están pre constituidas - son potencialmente posibles de evidenciarse- pero necesitan de un entorno humano lo suficientemente saludable para desarrollarse.

Estas afirmaciones dejan en claro el valor fundante que tienen las experiencias intersubjetivas para el psiquismo desde el comienzo de la vida extrauterina (o tal vez desde antes) como parte constituyente de un psique-soma indiferenciado que luego dará lugar a procesos mentales más específicos. Es decir, ciertas funciones biológicas como la alimentación, los estados de vigilia, el sueño, la tensión muscular y otros forman parte de intentos de homeostasis muy arcaicos que son co-regulados por el niño y sus cuidadores en sus primeros años de vida.

Lo antes expresado implica un fuerte cambio en los paradigmas que consideraban al niño como un ser aislado de su entorno y protegido por barreras anti estímulos en las primeras etapas de su vida, para considerar que *“El lactante se vuelve más social, pero no es lo mismo que volverse menos autista”* y que *“El proceso consiste más bien en el despliegue continuo de una naturaleza social intrínsecamente determinada”* tal como lo destaca Stern (1985, p. 57).

También Winnicott (1960, p.41), en *“La teoría del desarrollo paterno filial”* aportó conceptos claves que permiten comprender la vinculación entre el individuo y su entorno:

*“Las criaturas humanas no pueden empezar a ser salvo ciertas condiciones... Al mismo tiempo las condiciones no determinan el potencial de la criatura, sino que esta lo hereda.”.*  
*“El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y al desarrollo....”*

Junto a lo anterior emerge la necesidad de una teoría que permita pensar el azar y el acontecimiento pues ya no resulta creíble adjudicar a priori la génesis y/o la posible solución de las dificultades a una procedencia lineal y predeterminada. Ni la genética, ni la crianza, ni la historia o la estructura familiar en sí mismas pueden predecir la emergencia de fenómenos mentales específicos.

Las afirmaciones anteriores son también congruentes con las ideas de que el self, la personalidad, el carácter, los modos de interesarse, de proponer, de resolver, etc., están íntimamente contruidos, ligados y tejidos en interacciones complejas con el entorno, *interacciones que son complejas desde su inicio, y no sólo a posteriori.*

Estos conceptos tienen consecuencias directas en la comprensión de los fenómenos del desarrollo ya que requieren conceptos relacionales y no causas únicas que operen en aislamiento. Una manera frecuente de designar la co-acción de factores es la referencia a la *experiencia*, concepto difícil de aprehender en las pesquisas diagnósticas.

Los estudios contemporáneos del desarrollo y del psicoanálisis, se refieren a *“la capacidad de tener experiencias”* como fenómenos esenciales que configuran la subjetividad y la intersubjetividad saludables. En este sentido, retornamos a Winnicott (1945, p. 203) por la claridad de sus expresiones *“Incluyo el uso de experiencias inherentes a la existencia, tales como la terminación (y por ende la no terminación) de procesos que, vistos desde fuera, acaso parezcan puramente fisiológicos pero que corresponden a la psicología de la criatura y tienen lugar dentro de un complejo campo psicológico y que son determinados por la conciencia y la identificación de la madre”*

### **Síntesis de Aportes Cardinales de las Teorías del Desarrollo Actuales.**

Se parte de observaciones[escucha, mirada, contactos ] e inferencias desde el bebé y el niño sano poniendo el foco en la experiencia subjetiva y no sólo en las conductas; se consideran los fenómenos como complejos, recursivos e influenciados por el azar y se reconoce que la unidad de estudio dejó de ser el niño aislado para convertirse en la relación.

## DIAGNÓSTICOS PSICOANALÍTICOS

El psicoanálisis surgió como método de investigación, teoría y terapia psíquica a fines del siglo XIX y comienzo del XX. Desde que Sigmund Freud conceptualizara sus postulados básicos hasta la actualidad, surgió una diversidad de teorías que hoy co- existen, algunas relacionadas, otras aisladas o fragmentadas entre sí. Muchos de los conceptos iniciales del psicoanálisis, innovadores para su época, están siendo revisados y reconsiderados por teóricos y clínicos, en particular aquellos que prefieren no identificar su pensamiento y su tarea profesional con un único modelo. De esta manera los “*ianos*”, (freudiano, lacaniano, kleiniano) están dando paso a modelos de pensamientos más libres, con disposición para aprehender e interactuar con fuentes más diversas.

### Nuevas tendencias en psicoanálisis

Ricardo Rodulfo es uno de los autores contemporáneos que realiza una valiosa revisión de numerosos “*conceptos sagrados*” del psicoanálisis. Sus aportes están ayudando a clarificar que concepciones siguen siendo útiles para comprender el desarrollo saludable y la patología mental en la actualidad y a reformular, acotar y contextualizar los aportes freudianos iniciales y la forma en la que son utilizados actualmente. Estos avances no implican desconocimiento, indiferencia, ni rechazo arbitrario a los conceptos originarios, pero tampoco subordinación plena a los mismos.

Ello impulsa una deconstrucción conceptual que permite considerar las contribuciones de diferentes ciencias y tiene profundas y complejas implicancias, por ejemplo, en cómo puede hoy entenderse “*lo constitucional*”, “*las experiencias sexuales infantiles*” y los factores actuales o “*desencadenantes*” de la patología mental. Esta manera de trabajar los conceptos específicos del psicoanálisis los mantiene vivos y permite que sigan interactuando, enriqueciendo, aportando y metamorfoseándose, sin aferrarse a ninguno de ellos de manera absoluta.

Asimismo Rodulfo, en estrecha coincidencia con Winnicott y con otros estudiosos del desarrollo, coincide en destacar “*el valor de la experiencia*” como vivencia singular, materia prima de la subjetividad, ya sea que se exprese en el terreno de la sexualidad o en otros ámbitos. Estos autores también incorporan, de manera privilegiada, la noción de juego, o más bien del *jugar*, como una modalidad primordial, insustituible, con el cual el ser humano logra desarrollar, en un marco de intimidad, distintas capacidades.

Otros pensadores contemporáneos que tienen una actitud revisionista y de apertura son Hugo Bleichmar y Emilce Dio Bleichmar. Ellos afirman que el psicoanálisis está en un

momento de crisis en el que un profundo malestar está dando paso a la renovación y expansión de conceptos y prácticas. Hugo Bleichmar sostiene que en gran parte, ese malestar radica en la dificultad para avanzar inherente a un modelo epistemológico de pensamiento denominado "principio de homogeneidad", que considera al inconsciente como homogéneo y regulado por un sólo tipo de leyes de funcionamiento, de lo que se derivaría una psicopatología cuyos cuadros clínicos serían también homogéneos; "el" obsesivo, "la" histeria, "el" depresivo, "la" psicosis. En su lugar, este autor propone un modelo superador, el enfoque Modular-Transformacional. Con él alude al paradigma de la "modularidad" guiado por la idea de que la mente está constituida por la articulación de módulos o sistemas motivacionales que obedecen a diferentes regulaciones, evolucionan en paralelo asincrónicamente y tienen relaciones complejas que imprimen y sufren transformaciones.

Este principio de la modularidad ha dinamitado la idea de la existencia de un centro integrador de la experiencia.

Desde allí, emerge una concepción básica; el psiquismo humano depende de varios sistemas que trabajan al unísono a través de muchos niveles de organización y no de un único sistema y a partir de este conocimiento se ha impuesto la necesidad en el psicoanálisis de concebir sistemas dinámicos complejos, no lineales sino paralelos en su desarrollo y operatividad. Además y fundamentalmente, considera que dichos sistemas emergen y se organizan en el seno de relaciones interpersonales.

Acordamos con la afirmación de estos autores en relación a que la psicopatología es subsidiaria de la conceptualización que se tenga sobre el funcionamiento psíquico, la aplicación clínica del enfoque modular-transformacional la amplía enormemente, ya que cualquier cuadro admite una pluralidad de condiciones causales y de modalidades de mantenimiento. Además, la preeminencia de la intersubjetividad exige que el diagnóstico con niños incluya una valoración sistemática de las capacidades de parentalización.

Existen muchos otros eslabones de autorías coincidentes con estas concepciones renovadoras del psicoanálisis, entre las cuales resulta ilustrativo el trabajo de Juan Pablo Jiménez (2007) llamado *“Después del pluralismo: hacia un nuevo paradigma psicoanalítico integrado”*.

Allí se hace referencia al aislamiento del psicoanálisis respecto de las disciplinas afines y a la fragmentación de sus conocimientos y se plantea, como opción superadora, la necesidad de adoptar criterios de correspondencia o de coherencia externa, junto con los de coherencia hermenéutica para validar hipótesis psicoanalíticas. Jiménez expresa que *“Este paradigma emergente intenta integrar el conocimiento clínico con las ciencias neurocognitivas, los*

*hallazgos de investigación sobre el proceso y los resultados en psicoterapia, la investigación en la relación temprana madre-bebé y la psicopatología evolutiva.”*

En consecuencia, la integración de conocimientos propuesta por Jiménez, es coherente con las bases teóricas propuestas en este trabajo.

### **Síntesis**

Cierto sector del psicoanálisis está cambiando su mirada sobre el desarrollo, en el sentido de incluir fenómenos habituales y saludables, tales como la capacidad de jugar en un marco de intimidad, valorar la observación vinculada a inferencias sobre la cualidad subjetiva de la experiencia, al tiempo que comprende la importancia de reconocer la Salud en sus aspectos positivos para luego abordar, los cuadros psicopatológicos.

Además estos últimos, agrupados en base a diagnósticos categoriales pasan a ser deconstruidos para indagar a modo dimensional las distintas motivaciones sin preeminencia a priori de ninguna en particular.

También se incluye la evaluación de la acción transformadora de la intersubjetividad, incorporando a los adultos como pieza clave en una concepción moderna del desarrollo y a la persona del terapeuta en la búsqueda del cambio en psicoterapia.

## **DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS**

### **Sobre la naturaleza de la Salud y de la Enfermedad Mental**

Acordamos con Gahemi (2008, p. 68) en un principio rector con la temática abordada, cuando dice que quizás los diagnósticos psiquiátricos van en una dirección etiquetadora y deshumanizante porque *“el campo de la Psiquiatría no puede reconocer la importancia de definir la enfermedad en términos de Salud...”*

Al revisar las bases conceptuales de la Psiquiatría observamos que lo más frecuente es que el clínico busque en la mente del paciente evidencias de Enfermedad, más que evidencias de Salud. Las consecuencias negativas de esta tendencia son considerables, dado que no se reafirman las áreas que están funcionando bien y así la enfermedad parece enorme, además el *paciente tiende a ser considerado la enfermedad, más que quién la padece*; razón por la que el Diagnóstico y la Clasificación en Psiquiatría es a menudo, de naturaleza estigmatizante.

A lo largo de este trabajo fue posible comprobar cuan esporádico o nulo resultó encontrar acuerdos sobre indicadores positivos de Salud Mental, más allá de la definición de

la OMS como un mítico “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*”. Por todo ello, desde esta perspectiva, se considera necesario avanzar para lograr componentes evaluativos, no solo para la Enfermedad, sino también y fundamentalmente, para la Salud Mental en Psiquiatría.

Para acercarse a esa meta, es insoslayable considerar, junto a la evaluación objetiva de los trastornos mentales, la experiencia subjetiva del paciente, su percepción y patrón de respuestas. Solo de este modo, un diagnóstico psiquiátrico podrá aspirar a ser una interpretación posible de la experiencia de una persona y no una mera etiqueta.

Si bien durante los últimos años se estableció un “*Status Quo*” conceptual en Psiquiatría, en donde una tensa calma admitía enfoques dogmáticos - a predominio biológico o psicológico- o eclécticos bajo el amparo de lo “biopsicosocial”, en la actualidad dicho equilibrio se está resquebrajando. De sus fisuras emergen nuevas tendencias, en consonancia con desarrollos filosóficos actuales, que entienden que los fenómenos mentales no son reducibles a su base material, pero que el hecho de ser diferentes a la fisiología del cerebro, no deriva en que sean necesariamente inefables y no objetivables. Hay un reconocimiento progresivo que la vida mental, aunque dependiente del cerebro, tiene sus propias leyes y que estos diferentes niveles interactúan unos con otros configurando sistemas complejos que son vistos como un todo más que analizados como sus partes funcionando separadamente.

Dos enfoques en Psiquiatría, en coincidencia con los conceptos precedentes, comienzan a ser considerados más fructíferos. Uno de ellos, el Enfoque Pluralista, propuesto por Karl Jaspers hace más de cien años, es puesto en valor nuevamente, reconociendo que son necesarios múltiples métodos independientes para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad mental y que, aunque ningún método único es suficiente, cada uno tiene su especificidad e indicaciones precisas, difiriendo de esta manera del Eclecticismo.

El otro enfoque, la Aproximación Integracionista, enfatiza en las interconexiones entre mente y el cerebro y busca su comprensión como un todo, apoyados en los descubrimientos de la Neuroplasticidad derivados de los trabajos de Eric Kandel. Estos estudios transformaron las creencias de las neuronas como entidades estáticas y que no podían regenerarse al reconocer que la fuerza y efectividad de las conexiones neuronales no están totalmente determinadas por la biología y pueden ser alteradas por la experiencia. Hallazgos estos implican grandes implicancias para la Psiquiatría, ya que de ellos se deriva que una influencia ambiental -de muy variada índole -puede alterar o modificar el funcionamiento del cerebro, oponiéndose así a la uni direccionalidad de influencia desde el cerebro a la mente como se asumía con anterioridad.

Todos estos avances y cambios de perspectivas, obligan a revisar qué diagnósticos psiquiátricos existen, como los clasificamos y por qué.

El DSM, referente principal de los Sistemas Diagnósticos contemporáneos, genera controvertidos debates respecto de su validez. Entre sus beneficios puede decirse que brinda criterios operacionales de exclusión e inclusión basados en la psicopatología descriptiva manifiesta más que en la presunta etiología e introduce un Sistema Multiaxial para evaluar distintos aspectos de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de su relativa confiabilidad -acuerdo en cómo definir y reconocer un síndrome- presenta al menos dos problemas sin resolver: la validez y la singularidad del paciente individual.

Ello se relaciona con uno de los principales aspectos negativos del DSM, la cuestión de la precisión versus la relevancia, encrucijada de difícil resolución en Psiquiatría debido a la dificultad de probar las hipótesis relacionadas a estados subjetivos. Los DSM parecen simplemente excluir dichos estados subjetivos y las hipótesis que los involucran, negándoles cualquier validez científica y al optar solo por descripciones objetivas y *precisas relegando lo importante* de la experiencia subjetiva, tienden a originar una “*psiquiatría sin sentido*”.

Además, el DSM al asumir el Modelo Biopsicosocial – representado en la clasificación Multiaxial- promueve un eclecticismo excesivamente amplio que solo ofrece información en paralelo sin interacción entre los distintos ejes ni proveer de una guía real para clínicos o investigadores en la complejidad a tratar, llevado a confusión y vaguedad de propósitos en la disciplina.

#### **Síntesis**

El DSM promueve diagnósticos descriptivos y desestima la subjetivación de la experiencia individualizada.

### **NUEVAS PROPUESTAS DIAGNÓSTICAS**

#### **Combinar Dimensiones con Categorías, trabajar con Estadios Clínicos y admitir una Zona Gris**

La próxima aparición del DSM V reactiva viejos debates, permitiendo la emergencia de conceptos novedosos. El trabajo de McGorry y van Os publicado recientemente (Lancet 2013) resulta de máximo interés, ya que da cuenta de un profundo malestar en la Psiquiatría con las clasificaciones diagnósticas actuales. Allí se las considera poco útiles para ayudar a



ligar el diagnóstico con la fisiopatología o los marcadores biológicos subyacentes, de pobre confiabilidad, con tendencia a estigmatizar y con fallos en definir claramente las etapas iniciales de los trastornos mentales incipientes obstaculizando la psiquiatría preventiva y la capacidad para realizar diagnósticos tempranos. Además, todos estos inconvenientes se potencian con el rápido incremento de nuevas categorías pobremente validadas junto a la conservación de categorías diagnósticas pasadas.

Coincido con estos autores en su evaluación del estado actual de las clasificaciones diagnósticas y también en sus fundamentos, cuando consideran que la experiencia humana implica cambios periódicos y a veces intensos e imprevisibles en los sentimientos y los rasgos sobresalientes en respuesta al medio social y que en ocasiones, ello se expresa como microfenotipos subclínicos, que fluctúan, interactúan secuencialmente o confluyen, pueden madurar o estabilizarse hacia macrofenotipos puros o híbridos.

Comprenden este proceso como indudablemente fluido y dimensional y sugieren como constructo funcional, la noción de síndrome. Con ello se significa que diversos síntomas coinciden de manera previsible, pero se afectan mutuamente con el tiempo e implica que varias dimensiones de la psicopatología surgen secuencialmente y al mismo tiempo de manera interactiva y dinámica, con flujo y reflujo.

A mi criterio, esta aproximación - no extensible sobre diagnósticos específicos- propone una actitud diferente a la habitual en Salud Mental, actitud imprescindible para una buena praxis: tolerar la imprecisión sin forzar diagnósticos no validados. Por su importancia y claridad reitero lo expresado por McGorry y van Os al respecto:

*“Queda claro que la definición precisa del límite entre lo que se considera normal y el trastorno mental que necesita atención es difícil. Pero, ¿cuán crucial y factible es la creación de esta definición tan precisa? ¿Sería aceptable una zona gris con entrada (y salida) suave y flexible como rasgos clave de una nueva cultura de la atención primaria?”*

Considero esta perspectiva más conveniente que las rígidas clasificaciones actuales, tanto para definir dimensiones ligadas a la patología como a la salud y acuerdo con McGorry y van Os cuando proponen una alternativa a los DSM consistente en combinar, si fuera necesario, categorías con *dimensiones*, trabajar con *estadios clínicos* basados en la persistencia y severidad de los síntomas y admitir una *zona gris*.

Sus principales beneficios serían los siguientes:

- No se sobredimensiona lo patológico ni se invisibiliza lo saludable.
- Se admite la presencia de una *zona gris con entrada (y salida) suave y flexible, entre la Salud y la Patología, sin forzar precisiones ni diagnósticos no validados.*
- Se admite la indefinición propia de etapas iniciales o pródromos de muchos trastornos psiquiátricos importantes en los que no se logra todavía diagnósticos definidos.
- Se proponen como dimensiones decisorias en la clínica la persistencia y la intensidad de las perturbaciones, claves que indican la necesidad de atención, independientemente del conjunto específico de características.
- Respuestas normales ante situaciones extremas, podrían recibir los cuidados necesarios, sin requerir diagnósticos psicopatológicos específicos.

### **Coincidencias entre las nuevas teorías y tendencias en Desarrollo, Psicoanálisis y Psiquiatría**

Las nuevas tendencias intentan despegarse de las formas clásicas de psicopatología representadas en los trastornos psiquiátricos más importantes, como la esquizofrenia, la depresión mayor y el trastorno bipolar, derivados de los entornos de *atención terciaria* de fines del siglo XIX y principios del XX.

En la actualidad, hay sobradas evidencias de la extensión de las manifestaciones subdiagnósticas e inespecíficas de trastornos de Salud Mental en la población general; dando cuenta de que algunos de estos hallazgos son transitorios o intermitentes, otros son persistentes o forman parte de las etapas iniciales o pródromos de los trastornos psiquiátricos importantes, pero en los que no se logra todavía un diagnóstico definido. Además se enfatiza que ciertos síntomas son expresión de crisis vitales y/o existenciales y que no deberían ser incluidos en categorías psicopatológicas, sino incorporadas como manifestaciones saludables que implican displacer, dolor psíquico, intranquilidad o incertidumbre.

En coincidencia, las nuevas tendencias del desarrollo, el psicoanálisis y la psiquiatría que hemos asumido en el presente trabajo, dan coherencia a la propuesta de considerar algunas capacidades orientadoras de Salud Mental desde su *variante positiva*, a ser tenidas en cuenta como dimensiones, para ser consideradas en ocasiones como alternativa y en otras como mejoramiento de los diagnósticos categoriales. Capacidades que pueden ser observadas y evaluadas en pacientes de todas las edades y con los más diversos síntomas. Ello puede contribuir tanto a tolerar la incertidumbre y a no definir apresuradamente como a singularizar

y precisar diagnósticos tornándolos menos estigmatizantes al reconocer, junto a las dificultades, los aspectos saludables.

## **METODOLOGÍA**

### **Marco global de la investigación**

Se utilizó Metodología Cualitativa de corte constructivista ya que sus supuestos básicos encuentran consonancia con el marco teórico de esta investigación. En ellos se consideró a la realidad como subjetiva y múltiple, al investigador inmerso e interactuando con lo que desea investigar y aceptando la influencia mutua que de ello se deriva, al mismo tiempo que asumió que sus valores forman parte del proceso de conocimiento y reflexiono acerca de ello.

Se cumplió con premisas inherentes a la Investigación Cualitativa dado que el investigador se involucró en el escenario y con las personas en una perspectiva holística, no reducible a variables, sino como un todo y además sensible a los efectos que él mismos causó sobre las personas objeto de estudio, utilizando técnicas activas y dialógicas valiéndose de entrevistas en profundidad. De este modo la metodología utilizada tuvo un diseño flexible e interactivo que privilegió el análisis en hondura y en detalle, respetando la confianza y autenticidad en relación al contexto.

Por otro lado, esta investigación mostró la pertinencia de sus procedimientos para obtener evidencia(s) empírica(s) de lo que se deseaba investigar ya que partiendo de categorías teóricas preliminares que proveyeron de un sentido general de referencia y orientación, fue posible aproximarse a las instancias empíricas de donde fueron emergiendo *Conceptos y Categorías (Dimensiones)* en forma inductiva a lo largo de todo el proceso de investigación. Ello permitió *identificar “categorías en vivo”* partiendo de patrones de los datos y *no* recogiendo datos para evaluar modelos, probar hipótesis o teorías preconcebidas.

### **Coherencia entre el Marco Teórico y la Metodología Propuesta**

Esta metodología permitió cumplir con los principios enunciados por Galeano (2004) *“La Investigación Cualitativa es sistemática, conducida con procedimientos rigurosos aunque no necesariamente estandarizados”* y... *“El diseño es emergente, es decir cambiante, va ‘saliendo’, se va configurando de acuerdo a las condiciones, propósitos y hallazgos de la investigación.”*

## Universo de Estudio, Unidad de Análisis y Muestra

La población de estudio consistió en 8 personas de ambos sexos, entre los 2 y los 57 años de edad. El criterio muestral utilizado fue no probabilístico, intencional y por saturación de categorías.

### *Justificación Teórica del tipo de Muestreo*

La decisión del tipo de muestreo, fue primero teórica y sólo después técnica, dirigida a los objetivos de investigación. De este modo y en coincidencia con Vieytes (2004) puede decirse que el investigador **no eligió**, sino que **creó** su unidad de análisis, de acuerdo a los objetivos del estudio que fue desarrollando. En consecuencia, a través de una **selección directa e intencional de los individuos de la población** pudo lograrse una muestra representativa que brindó suficiente información para estudiar el problema planteado en la investigación.

Además, la recolección de datos estuvo estrechamente ligada a la reflexión y elaboración teórica, como puede verse en el material clínico presentado. De este modo se pudo cumplir lo expresado por Vieytes en relación a que “... *la elección de la muestra es parte de la recursividad permanente en que trabaja el investigador cualitativo.*”

El **tamaño de la muestra** fue resuelto por **saturación**, al considerar que lo presentado brinda información suficiente para el tema en estudio acordando ya que “*La saturación es un proceso que se opera no en el plano de la observación sino en el de la representación que el investigador construye poco a poco de su objeto de indagación*” (Vieytes 2004)

### **Técnicas de Recolección de Información**

El material obtenido fue fruto de recolección por medio de observación y de entrevistas, en las que el investigador participó activamente sin perder el rol acordado explícitamente con el consultante. De este modo se pudieron reflejar detalles, sutilezas, captar la complejidad y la interconexión del mundo personal e interpersonal que se investigó haciendo énfasis en una comprensión holística al tiempo que consideró su relación con el contexto más cercano.

**Las Entrevistas Psiquiátrica y Psicoanalítica**, pudieron llevarse a cabo con el formato definido en el apartado de “Metodología”, demostrando su utilidad para los objetivos propuestos.

Lo antes expresado permite reconocer dos criterios básicos adoptados para el muestreo; *pertinencia* al conseguir la identificación y el concurso de los participantes que aportaron mayor y mejor información a la investigación de acuerdo con sus requerimientos

teóricos y *adecuación* dado que los datos disponibles fueron los necesarios y suficientes para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno.

**A modo de Síntesis**, se cumplieron con los aspectos relevantes de la Metodología Cualitativa ya que el muestreo fue progresivo y secuencial, no se estableció al azar ni con fórmulas matemáticas y estuvo teóricamente conducido por lo tanto las muestras no fueron preestablecidas sino que quedaron sujetas a la dinámica que se derivó de los hallazgos de la investigación.

### **Problema de Investigación**

Para la construcción de un objeto propio de investigación que se correspondiera a la hipótesis del trabajo se tuvo en cuenta que el primer paso para formular un problema científico es el de establecer una ruptura con los hechos que vienen dados desde la realidad ya construida y desde los discursos elaborados en torno a la misma. (Retamozo, 2006)

En relación a ello, y según se fundamentara anteriormente, los diagnósticos psicoanalíticos y psiquiátricos actualmente tienen una perspectiva patográfica y no incluyen indicadores claros ni positivos de salud, siendo esta realidad la que se intenta deconstruir.

### **Preguntas de la Investigación que encontraron respuestas satisfactorias y coherentes a los objetivos propuestos:**

- ¿Se relacionan los Criterios Actuales de Salud y Enfermedad Mental con el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de determinadas Capacidades Psíquicas?
- ¿Es posible detectar indicadores positivos de Salud Mental más allá de los distintos síntomas y/o trastornos que presente una persona?
- ¿Se relacionan dichos indicadores, y si es así, de qué modo, con capacidades mentales que, eventualmente, van desarrollando las personas en el curso de su vida?

### **Especificación global de las capacidades – dimensiones vinculadas a la salud**

Trabajar con capacidades implica hacerlo con rasgos positivos y propios de lo habitual y cotidiano, sin elegir fenómenos excepcionales ni aquellos que están afectados por severas perturbaciones.

Asimismo se trata de modos de funcionamiento potenciales en la especie, pero que deben adquirirse, ya que no está garantizado su desarrollo ni pueden considerarse como algo natural.

El despliegue de las capacidades está estrechamente vinculado con el desarrollo de relaciones intersubjetivas con los cuidadores primarios quienes aportan contenidos y estilos predominantes; sin embargo cada sujeto elabora con ello modos propios de funcionamiento, que sólo en parte responden al legado parental.

Cada una de las capacidades propuestas tienen su propia especificidad, pero todas se hallan estrechamente vinculadas en su génesis e interaccionan de manera dinámica a lo largo de la vida implicando un proceso **indudablemente fluido, dimensional e interactivo**.

Al mismo tiempo, su emergencia y funcionamiento saludable siempre tiene **algo de precario** ya que pueden ser inhibidas, desactivadas o perturbadas de distintas maneras y por diferentes motivos.

#### **Diseño Específico de Dimensiones Vinculadas con la Salud**

- Jugar y sus transformaciones en crear, aprender, trabajar.
- El sentido del humor
- Regular las propias emociones y/ o estados
- Integrar lo erótico y lo tierno. Tener experiencias de intimidad

#### ***JUGAR Y SUS TRANSFORMACIONES EN CREAR, APRENDER, TRABAJAR***

*–Capacidad para estar a solas*

*–Capacidad para estar con otros*

*–Capacidad para desarrollar una secuencia*

*–Capacidad para ligar el mundo interior con el exterior*

*–Capacidad para nutrirse de los elementos informes de la personalidad*

El juego se evidencia como universal y corresponde, primordialmente, a la Salud.

Es posible describir una continuidad en el desarrollo del jugar y seguir sus diferentes modalidades expresivas durante toda la vida.

La capacidad de jugar posibilita la emergencia y tramitación de sensaciones, percepciones, emociones, fantasías, deseos y vivencias de todo tipo.

El jugar es evidencia de subjetividad.

El jugar esta vinculado con la capacidad para estar a solas, asumiendo la paradoja de que hay alguien confiable que no interfiere con la experiencia propia. También se vincula con la capacidad para estar con otros, jugar juntos en una relación y disfrutar de las experiencias culturales, incluida el trabajar.

Jugar se vincula con la capacidad para desarrollar secuencias en un proceso mental ya que se parte de una motivación que genera un cierto movimiento y que a su vez lleva su propio proceso de saturación, correspondiente a la capacidad para contener experiencias.

Al jugar se abre la posibilidad de incluir lo informe, es decir los elementos de la personalidad no integrada, aspectos que se tornan rígidos e inaccesibles en algunas patologías, a veces poco sintomáticos o “mudos”.

Al jugar se establecen lazos entre el mundo interior y el exterior, sin obligarse a reconocer su diferencia todo el tiempo. El juego es *intrínsecamente excitante y frágil* debido a la precariedad de la acción recíproca en la mente entre lo que es subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva.

Al jugar se generan condiciones propicias para tramitar lo traumático.

La capacidad de jugar tiene consecuencias para la psicoterapia la cual se da en la superposición de las zonas de juego del paciente y del terapeuta de modo que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le sea posible hacerlo.

## **EL SENTIDO DEL HUMOR**

- *Capacidad para vincular pensamientos de manera novedosa y divertida*
- *Capacidad de transformar emociones penosas generando placer y alivio*
- *Capacidad de tomar una posición activa ante las circunstancias de la vida*
- *Capacidad de conectarse y entonar con los estados mentales propios y de otros*
- *Capacidad para tolerar el dolor mental y sostener/resolver un conflicto*

El Sentido del Humor comparte diversos modos de funcionamiento mental con el juego, pero además, tiene características específicas que no todo juego posee.

Implica la capacidad psíquica de expresar de una manera distinta a la convencional las ideas más diversas.

Es una manera particular de identificar y tratar lo incongruente y lo absurdo, de incluir lo novedoso, el nivel de sorpresa y la ambigüedad estableciendo una colaboración entre diferentes modos de funcionamientos mental.

Supone una paradoja, al reconocer y desconocer al mismo tiempo una cuestión, protegiéndola de este modo de la crítica de la razón sin ignorarla totalmente como en la locura.

Implica una posición activa del sujeto y por ello es una capacidad vinculada con la libertad en diferentes sentidos, sensación subjetiva vinculada a la Salud.

Comprende la capacidad de conexión intersubjetiva, de reconocimiento del estado mental del otro en comparación con el propio.

Esta conexión intersubjetiva promueve la capacidad de transformar estados mentales angustiosos y de dolor mental aliviando el sufrimiento y generando placer en los sujetos implicados. De este modo el Sentido del Humor no es resignado, sino rebelde.

Cumple importantes funciones como modo de comunicación, las que varían según el estilo predominante en cada persona.

El Sentido del Humor es un concepto multidimensional, que abarca distintos *sistemas corporales* –neurológico, inmune, endócrino, cardiorespiratorio-, *mentales* -cognitivos y emocionales- y *sociales*- afrontamiento de la adversidad, sentimientos de libertad y dominio, resolución de situaciones conflictivas de forma indirecta e incremento de red de apoyo social.

## **LA REGULACIÓN AFECTIVA**

- *Reconocimiento, comprensión y regulación de las propias experiencias afectivas*
- *Sostener un conflicto y no anularlo inmediatamente*
- *Tolerancia del dolor mental*
- *Ser propositivo y no solo responsivo. Sentido de “agencia propia”*
- *Experimentar acontecimientos nuevos*

La capacidad para identificar y usar parte de un afecto impidiendo que se vuelva intenso y nos abrume se consigue con el desarrollo; no se trata de una cualidad automática y algunas personas no adquieren nunca esta capacidad.

Para alcanzar el desarrollo de esta función se requiere que el estado afectivo del niño le sea reflejado de forma precisa y sensible por el cuidador.

El apego seguro se vincula a los orígenes de la función reflexiva y la mentalización y predispone a que el niño se beneficie de determinados procesos sociales involucrados en el desarrollo de habilidades reflexivas y de comprensión social.

La regulación afectiva es vista desde una perspectiva intersubjetiva, que va desde la *corregulación* a la *autorregulación*.



Se trata de una función vulnerable, que debe ser restablecida en distintas circunstancias.

Desde una visión integradora, se sostiene una contribución cognitiva en la regulación afectiva.

La regulación afectiva está directamente relacionada con la capacidad de mentalizar o función reflexiva, que consiste en la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en otros e implica la habilidad de dar una interpretación convincente a la conducta propia y ajena, a partir de los estados mentales subyacentes.

Implica un componente autorreflexivo que proporciona al individuo la capacidad de distinguir -sin oponer- la *realidad interna de la externa*, las formas de actuación *simuladas de las reales*, y los procesos mentales y emocionales *internos de las comunicaciones* interpersonales.

Involucra el proceso de elaborar estados mentales de acuerdo con un sentido de agencia, resultando la función reflexiva fundamental para generar la sensación de autonomía, de ser agente de las propias acciones y para desarrollar el sentido de responsabilidad.

Se requiere para tolerar las frustraciones y el dolor mental y para manejar los conflictos en busca de alternativas satisfactorias.

La afectividad mentalizada implica el logro de un tipo complejo de regulación del afecto del sujeto adulto, a través del cual se adquiere una comprensión de las experiencias afectivas propias, al mismo tiempo que la persona se mantiene en el estado afectivo.

## ***CAPACIDAD DE LIGAR LO ERÓTICO Y LO TIERNO***

- *Subjetivar la sexualidad*
- *Compartir experiencias de intimidad*

### **Subjetivar la sexualidad**

La sexualidad humana saludable se desarrolla en el contexto de “*influencia recíproca*” con numerosas funciones biológicas y mentales.

Esta mutua influencia actúa en simultaneidad y desde el principio de la vida.

El juego es una corriente poderosa que, como motivación independiente, se mixtura con la sexualidad permitiendo que esta se humanice, socializándose sin perder su carácter placentero.

El desarrollo de la sexualidad dentro de un marco intersubjetivo – con predominio de una corriente sensual y tierna en los primeros años de vida – da paso al erotismo en la vida adulta.

Para el desarrollo de esta capacidad la madre o cuidador debe cumplir con diferentes funciones alternativas tales como *satisfacer las necesidades, ser alguien diferente y generar un ambiente para ser*.

En el erotismo se pone el acento en *el reconocimiento de la alteridad* y no en la primacía de la genitalidad, de la heterosexualidad o la procreación.

La búsqueda de contacto intersubjetivo se reconoce como motivación independiente y primigenia que se mixtura con la sexualidad infantil dando lugar a las experiencias placenteras, tiernas y deseos de auto y hetero conservación.

### **Capacidad para tener experiencias de intimidad**

Capacidad supra - dimensional, en confluencia con otras antes enunciadas, implica que el sujeto tiene la vivencia de que él y el otro se hallan en un mismo espacio emocional y mental.

Se trata del sentimiento de unión en el seno de una diferencia percibida, unión que produce tanto más placer porque no anula la diferencia.

La capacidad para experimentar este sentimiento se gesta durante el desarrollo si el niño, inmerso en un baño de afectos, fue mirado por los adultos que le atribuyeron significados y valencia emocional a sus experiencias.

El adulto, en distinto modo y medida, continúa requiriendo el contacto mental para *convalidar su propio estado mental y ser confirmado en el sentimiento de que existe*, en la validez de sus percepciones y pensamientos.

La incapacidad de generar espacios de intimidad puede ocasionar sentimientos de soledad, desesperanza y dolor mental intensos.

El sentimiento de intimidad puede adquirirse de maneras muy diversas.

La variedad, alternancia y plasticidad entre las diferentes modalidades de lograr la intimidad para cada sujeto, incidirá en su sensación de bienestar, plenitud y confianza en sí mismo y en los otros para generar y sostener vínculos interpersonales.

Las vivencias de intimidad están sufriendo una metamorfosis profunda por cambios culturales que modifican las fronteras entre lo privado y lo público.

Parece estar surgiendo una nueva modalidad en la que un supuesto UNO monádico deja su lugar a un YO con límites menos precisos. Las ventajas y los inconvenientes en esta tendencia aún no se han esclarecido.

La capacidad de tener experiencias de intimidad y la calidad de las mismas, forma parte ineludible de todo trabajo psicoterapéutico y es necesario considerarla ampliamente en dicha relación.

## **RESULTADOS**

El análisis y la discusión de cada material clínico se fueron haciendo de manera integrada en cada presentación, por lo tanto aquí se discutirán las características generales de las capacidades propuestas.

### **Estimación de las contribuciones aportadas en la identificación de las capacidades vinculadas a la salud**

- Pudieron ser ubicadas en su formato particular en todas las etapas vitales.
- Permitió investigar su génesis, desarrollo y disponibilidad en el momento presente, siempre ancladas en la Intersubjetividad.
- Se admitieron interpretaciones no lineales y/o paradójicas. Resultó evidenciable que la Salud no es sinónimo de ausencia de síntomas o de comodidad y la Patología puede presentarse con una fachada de normalidad o asintomática.
- Facilitó la tolerancia a lo ambiguo y lo impreciso sin forzar definiciones cuando no las hubo.
- Reconoció cuadros clínicos categoriales, pero que aún así necesitaron ser singularizados.

## CONCLUSIONES

### SÍNTESIS ARGUMENTAL DE LA DISCUSIÓN Y RESPUESTAS PRELIMINARES A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Según pudo comprobarse en este trabajo de investigación los criterios actuales de Salud y Enfermedad Mental se vinculan prioritariamente con la patología mental grave y ya consolidada y desconocen el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de capacidades psíquicas vinculadas a la Salud.

En esta investigación fue posible detectar indicadores positivos de Salud Mental más allá de los distintos síntomas y/o trastornos que evidencie una persona y dichos indicadores están intrínsecamente relacionados con capacidades mentales que tienen la potencialidad de ser desarrolladas en el curso de la vida.

La incorporación de la evaluación positiva de la Salud Mental significa un avance en las disciplinas Psicoanalíticas y Psiquiátricas por

- Limitar el impacto de la enfermedad y de los trastornos evitando la estigmatización
- Contribuir al desarrollo y cuidado de capacidades ligadas a la Salud en cada etapa vital
- Promover la prevención y el cuidado en situaciones de vulnerabilidad
- Considerar siempre la matriz intersubjetiva en los asuntos humanos
- Tolerar la presencia de síntomas que orientan a la Salud sin forzar categorías patológicas.

De estas consideraciones se desprenden en una consideración global de lo arriba expresado, aplicables a amplios campos del trabajo médico y psicológico, que se pasa de una visión reduccionista a otra de carácter integradora y de una visión Patográfica a otra que parte de la Salud para, desde allí, incursionar en la Patología.

Por todo ello, esta concepción implica un prospectivo y enorme esfuerzo educativo que incorpore información crítica selectiva para el nivel profesional así como actividades docentes y educativas a nivel general de los Equipos de Salud y en particular a las áreas de Salud Mental.

Armando, J., Camejo, R. (2006) La epidemiología constructivista en el Contexto de la Postmodernidad Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias sociales y Jurídicas de la Universidad Complutense*. Consultada 10 mayo 2010. <http://www.ucm.es/info/nomadas/14/ajcamejo.pdf> ISSN 1578 6730

Arnold, M. (1999). Cambios metodológicos y metodologías cualitativas. *Revista de Ciencias Sociales Sociedad Hoy*, 2(1), p.25-33

Artigas-Pallares J. (2011) ¿Sabemos que es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev Neurol*;52 (Supl 1): S 59-69.

Benigni, R. (1997) La vida es bella, *Película Género Comedia dramática* , Italia.

Berger, P. y Luckmann T. (Ed.). (1979). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bion, W. (Ed.) (1970) Atención e interpretación. Buenos Aires: Paidós

Bleichmar, H. (1999, Agosto). Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas*, 2 . Consultada 3 junio 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=74&a=Del-apego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro/>

Bleichmar, H. (2001, Noviembre). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* , 9. Consultada 11 junio 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes/>

Bleichmar,H. (1999, Abril). Avances en psicoterapia psicoanalítica. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas*,1. Consultada 21 junio 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052&a=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional/> ISSN 1699-4825

Bogdan, R. J. (Ed.).(1997). *Interpreting Minds*. Cambridge, MA: MIT Press.

Bogousslavsky J, Ferrazzini M, Regli F, Assal G, Tanabe H, Delaloye-Bischof . (1988). Manic delirium and frontal-like syndrome with paramedian infarction of the right thalamus. *A.J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 51(1):116-9.

Bourdieu P., Chamboredon J., Passeron J.(Ed.). (2008). *El oficio del sociólogo: presupuestos epistemológicos*. México: Siglo XXI

Brizzio A., Carreras A., Casullo M. (2009). Sentido del humor y sintomatología psicopatológica: un estudio con adolescentes y adultos jóvenes argentinos. *Revista de psicología, Fondo Editorial Universidad Católica del Perú* ,27 (2).

Brizzio, A., Carreras, A., Casullo, M. (2006) Sentido del humor y sintomatología psicopatológica: un estudio con adolescentes y adultos jóvenes argentinos. *Investig. Psicol*; 11(1), 7-21

Camejo, A. (2006.2). La epidemiología constructivista en el Contexto de la Postmodernidad Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias sociales y Jurídicas Publicación electrónica de la Universidad Complutense*, 14. Consultada Junio 2011, <http://www.ucm.es/info/nomadas/14/ajcamejo.pdf> ISSN 1578 6730

Capra, F. (Ed.).(2003).Las Conexiones Ocultas. Barcelona: Anagrama.

Carbonel, F, Ribeiro P. (2005). Correlações anatômicas e fisiológicas do riso e do humor na espécie humana. *Temas em desenvolvimento*, 14(80/81, 26-32.

Coll, C., Martin E. (Ed.).(1994). *El Constructivismo en el Aula*. Barcelona: Grao.

Colom. G., Alcover, C., Sánchez-Curto, C. (2011). Study of The Effect Of Positive Humour as a Variable That Reduces Stress. Relationship of Humour With Personality And Performance Variables. *The Psychology In Spain*. 15(1). Consultada 21 mayo 2012, <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2011/15002.pdf>

Dio Bleichmar, E . (2000, Noviembre). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* , 6. Consultada Junio 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=133&a=Lo-intrapsiquico-y-lo-intersubjetivo-metodologia-de-la-psicoterapia-de-la-relacion-padres-hijosas-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>

Dio Bleichmar, E . (Ed.). (2005) Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Argentina: Paidós.

Dolto, F. (Ed.). (1994) La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós

Ferro, A. (Ed.). (2004). Factores De Enfermedad, Factores De Curación. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

Fonagy, P. (2003, Mayo). Genética, psicopatología evolutiva y teoría psicoanalítica: el argumento para terminar con nuestro (no tan) espléndido aislamiento. Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas, 15. Consultado el 10 junio 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000262&a=Genetica-psicopatologia-evolutiva-y-teoria-psicoanalitica-el-argumento-para-terminar-con-nuestro-no-tan-esplendido-aislamiento/>

Fonagy, P., Bermejo, P., Gergely, G. y Jurist, E.L.(2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press.

Fonagy, P., Target, M. (1996) Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. International Journal of Psychoanalysis, 77(217–233)

Franklin, R. Jr, Adams R.B. Jr. (2011) The reward of a good joke: neural correlates of viewing dynamic displays of stand-up comedy. Cogn Affect Behav Neurosci. 11(4):508-15.

Freud, S. (1900 - 1901) La interpretación de los sueños (I- II) en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).

Freud, S. (1905) El chiste y su relación con lo inconsciente en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).

Freud, S. (1905) Tres Ensayos de Teoría Sexual en Obras Completas .Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).

Freud, S. (1908) El creador literario y el fantaseo en Obras Completas .Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).

Freud, S. (1911-1915 [1914]) Trabajos sobre técnica psicoanalítica en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).

Freud, S. (1914) Introducción al Narcisismo en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).

- Freud, S. (1917 [1915]) Duelo y melancolía en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).
- Freud, S. (1917). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntomas en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).
- Freud, S. (1923) Neurosis y psicosis en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).
- Freud, S. (1927) El humor en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu (Eds.1996).
- Galeano, M. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Fondo Editorial Universidad EAFIT Medellín, Colombia.
- Gallese, V., Eagle, M., Migone, P. (2006) Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131-176.
- Ghaemi, S. (Ed.).(2008). Psiquiatría. Conceptos. Una aproximación pluralista a la mente y a las enfermedades mentales. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Goetz JP y LeCompte M. (Ed.).(1988) *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata
- Green, A . (1996) El Winnicott póstumo. Revista de APdeBA , N° 3 (XVIII), 447-493.
- Guba, E. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Hernández, M. (2006) Buen humor y salud. Fisiología de la risa. Consultado 21 mayo 2012, [http://www.avizora.com/publicaciones/salud\\_humana/textos/0089\\_fisiologia\\_de\\_la\\_risa.htm](http://www.avizora.com/publicaciones/salud_humana/textos/0089_fisiologia_de_la_risa.htm)
- Hiram, H., Dee, M., Powelson, J., Gardner, H. (1983). Surprise but not coherence: Sensitivity to verbal humor in right-hemisphere patients. *Brain and Language*, 1(18) , 20–27.
- Horstein, L. (Ed.). (2003). Inter-subjetividad y Clínica. Buenos Aires: Paidós.



- J. Leckman, MayesJournal C. (2007), Nurturing resilient children. *Child Psychology and Psychiatry* 48:3/4 pp 221–223
- Jaspers, K. Ed. (1997) General psychopathology. (2 Vol.) Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jiménez , J. (2007, Abril).Tras el pluralismo. Hacia un nuevo paradigma psicoanalítico integrado. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* , 25. Consultado 10 enero 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=432&a=Tras-el-pluralismo-Hacia-un-nuevo-paradigma-psicoanalitico-integrado>
- Jiménez Ávalos, M., Gómez Macías ,V., Sala Cassola R; Ruiz L. (2007) Sentido del humor: aproximación conceptual y su relación con la salud. Consultado el 21 mayo 2012, <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/29379/>
- Kandel, E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *Amer. J. Psychiat.*, 469,155:457.
- Kandel, E. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Amer. J.Psychiat.*, 156:505-524.
- Kant, I. (Ed.). (1978). Crítica de la razón pura. Madrid: Alfaguara.
- Kaplan, B., Sadok, V. (Ed.) (2009) Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona: Lippincott .Williams & Wilkins.
- Klein, M. (Ed.) (1989) El Desarrollo de un Niño. En Obras Completas (pp. 15-65). Barcelona: Paidós.
- Kleinman, A. (Ed.) (1988) *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
- Lebovici, S. (Ed.) (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leckman, J., Mayes, L. (2007). Nurturing resilient children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3-4), 221-223.
- Lecrubier, Y. (2008) Refinement of Diagnosis and Disease Classification in Psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. (258.1),6-11.

LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Obtenida 10 febrero 2009 , <http://lilacs.bvsalud.org/es/>

Lyons-Ruth, K. (2000, Abril). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* , 25. Consultado 10 enero 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000107&a=El-inconsciente-bipersonal-el-dialogo-intersubjetivo-la-representacion-relacional-actuada-y-la-emergencia-de-nuevas-formas-de-organizacion-relacional>

Mahler, M. (Ed.) (1972) *Simbiosis Humana: las Vicisitudes de la Individuación*. México: Joaquín Mortiz.

Martin R. (Ed.) (2007) *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. California: Elsevier Academic Press.

Martin, R., Puhlik, D., Larsen, G. (2003) Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*; 37, 48-75.

McGorry, P., van Os, J. (2013) Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity *The Lancet*, 381,343 – 345.

Mendiburo, A., Páez D. (2011, julio). Humor y Cultura. Correlaciones entre estilos de Humor y dimensiones culturales en 14 países. *Boletín de psicología*, 102-6. Consultada 21 mayo, <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N102.pdf>

Morgan, C.L. (1933). *The Emergence of Novelty*. New York: Williams & Norgate.

Neely, M., Walter, E., Black, J. , Reiss, A. (2012) Neural correlates of humor detection and appreciation in children. *J Neurosci*. 1; 32(5),1784-90.

Nikos Iribarry, I. (2003) O diagnóstico transdisciplinar em psicopatología. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VI, 1, 53-75

Olivé, L. (Ed.) (1998) *Constructivismo, pluralismo y relativismo en la filosofía y Sociología de la ciencia*, en Solís, C., Alta Tensión, Barcelona, Paidós.

- Pelento, M. (1985) Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 11.
- Piaget, J. (Ed.). (1978). *Introducción a la Epistemología Genética*. Buenos Aires: Paidós.
- Pichot, P; López-Ibor A; Valdés M. (Ed.) (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)* Barcelona: Masson.
- Retamozo, M. (2006). Esbozos para una Epistemología de los Sujetos y Movimientos Sociales. *Cinta moebio* , 26,207-218.
- Retamozo, M. (n.d.) Constructivismo: epistemología y metodología en ciencias sociales en <http://docencia.izt.uam.mx/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/Retamozo.pdf>
- Reversal Theory Society. (2012) Research, development, applications. About the Theory. Consultado el 20 febrero 2011, <http://www.reversaltheory.org/>
- Rodríguez Idígoras, A. (Ed.). (2002) *El Valor Terapéutico del Humor*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Rodulfo, R. (1997). *Las neurosis y las formaciones de lo transicional*. En Gonzalez, N. Rodulfo, M. (Eds.), *La Problemática del Síntoma*. (p. 43-65) Buenos Aires: Paidós
- Rodulfo, R. (Ed.). (1989) *El niño y el significativo Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (Ed.). (1992) *Estudios clínicos: del significativo al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (Ed.). (1999) *Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. (Ed.). (2004) *El psicoanálisis de nuevo*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rodulfo, R. (Ed.). (2008) *Futuro Porvenir. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Rodulfo, R. (Ed.). (2009) *Trabajos de la lectura. Lectura de la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Ruiz Rey F. (2012) Modelos etiológicos en psiquiatría: consideraciones epistemológicas *Psiquiatria.com*, 16. Consultada 15 marzo 2012, <http://hdl.handle.net/10401/5465>

Sampieri, R., Collado, F. y Lucio, P. (Ed.) (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Interamericana

Sautú, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). La construcción del marco teórico en la investigación social: Manual de metodología. *CLACSO, Colección Campus Virtual*. Consultada 15 marzo 2012, <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/campus/metodo/RSCapitulo%201.pdf>

Shammi P, Stuss DT. (1999) Humour appreciation: a role of the right frontal lobe. *Brain*. 122 (4), 657-66.

Sibilia, P. (Ed.). (2008). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Stern, D. (Ed.). (1991) *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.

Stern, D. (Ed.). (1999) *El nacimiento de una madre*. Buenos Aires: Paidós.

Stern, D. (Ed.). (2005). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday life*. New York: W.W. Norton & Company. Inc.

Stern, D. (Ed.). (2010). *Forms of Vitality*. Oxford New York: Oxford University Press

Stern, T, Rosembaun, J., Fava, M. (Ed.) . (2008) 54. *Comprehensive Clinical Psychiatry* Philadelphia: Mosby Elsevier

Thorson J., Powell F. (1997). Psychological Health and Sense of Humor. [Versión electrónica] *Journal of Clinical Psychology*, 53 (6), 605-619

Tustin, F. (Ed.). (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires: Amorrortu

Tyson, P. (2005, Diciembre). Afectos, autonomía y auto-regulación: teoría de la complejidad en el tratamiento de niños con ansiedad y trastornos de conducta disruptivas. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas*, 21. Consultada 3 junio 2011, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=352&a=Afectos-autonomia-y-auto-regulacion-teoria-de-la-complejidad-en-el-tratamiento-de-ninos-con-ansiedad-y-trastornos-de-conducta-disruptiva/>

Vardi J, Finkelstein Y, Zlotogorski Z, Hod I. 1994. L'homme qui rit: inappropriate laughter and release phenomena of the frontal subdominant lobe.[Versión electrónica] *Behav Med. Spring*, 20(1),44-6.

Varela, F. (Ed.) (1990). *Conocer: las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Barcelona: Gedisa.

Velis J, Rodríguez T, Feldman L. (2009, N° 31) Validación Preliminar del cuestionario de Estilos del Humor en Trabajadores y Trabajadoras de la Salud Caso Venezuela Ciencia & Trabajo. Consultado 21 mayo 2012, <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/31/3.pdf>)

Velis J, Rodríguez V, Feldman L. (2009, Ene-Mar.) Validación Preliminar del Cuestionario de Estilos de Humor en Trabajadores y Trabajadoras de la Salud. Caso Venezuela. *Cienc Trab.*; 11 (31) .Consultada el 10 febrero 2012, <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/31/3.pdf>

Vieytes, R. (Ed.) (2004). *Metodología de la Investigación en Organizaciones, mercado y sociedad. Epistemología y técnicas*. Buenos Aires: Editorial de las ciencias.

Vigotsky, L. (Ed.). (2001) *Pensamiento y Lenguaje*. Barcelona: Paidós.

Von Glaserfeld, E. (1998) Introducción al constructivismo radical en Watzlawick y otros. *La realidad inventada*. Gedisa. Barcelona.

Wapner W., Hamby S., Gardner H. (1981). The role of the right hemisphere in the apprehension of complex linguistic materials. *Brain and Language*, 14(1), 15–33.

Watzlawick, P.y Krieg P.(Ed.).(1998) *El ojo del observador*. Gedisa: Barcelona.

Winnicott, D . (1951) *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. En Winnicott, D. (Eds.) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. (pp. 313-330) Barcelona: Editorial Laia.

Winnicott, D . (1962) *Proveer para el niño en la salud y en la crisis*. En Winnicott, D. (Eds.). *El proceso de maduración en el niño*. (pp. 75-86). Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1945) *Desarrollo emocional primitivo*. En Winnicott, D. (Eds.) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. (p<sup>p</sup> 203-218) Barcelona: Editorial Laia.

Winnicott, D. (1949) *La mente y su relación con el psique soma*. En Winnicott, D. (Eds.) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. (pp. 332-346) Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1960) *La teoría de la relación paterno-filial* . En Winnicott, D. (Eds.) El proceso de maduración en el niño. (Pp 41-64) Barcelona: Editorial Laia.

Winnicott, D. (1962). *La integración del ego en el desarrollo del niño*. En Winnicott, D. (Eds.) El proceso de maduración en el niño. (pp. 65-74). Barcelona: Laia

Winnicott, D. (1963) *El desarrollo de la capacidad para la inquietud*. En Winnicott, D. (Eds.) El proceso de maduración en el niño. (pp. 87-97). Barcelona: Laia.

Winnicott, D. (1965) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós

Winnicott, D. (1967). *El concepto de individuo sano* En Winnicott, D. (Eds.) El hogar, nuestro punto de partida. (pp. 25-41) Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1967). *El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva* .En Winnicott, C., Shepherd, R., Davis, M. (Eds.) Exploraciones Psicoanalíticas I. Barcelona: Paidós

Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa

Winnicott, D. (1996) *Establecimiento de la relación con la realidad externa*. En Winnicott, D. (Eds.) La Naturaleza Humana (pp. 145-153 ). Buenos Aires: Paidós, ,

Winnicott, D. (1996) *Reconsideración del trastorno psicossomático*. En Winnicott, D. (Eds.) La Naturaleza Humana (pp. 221-226) (1988). Buenos Aires: Paidós

Wolff ,P. (1959) Observations on newborn infants. *Psychosomatic Medicine*. 1(21-2), 110-118